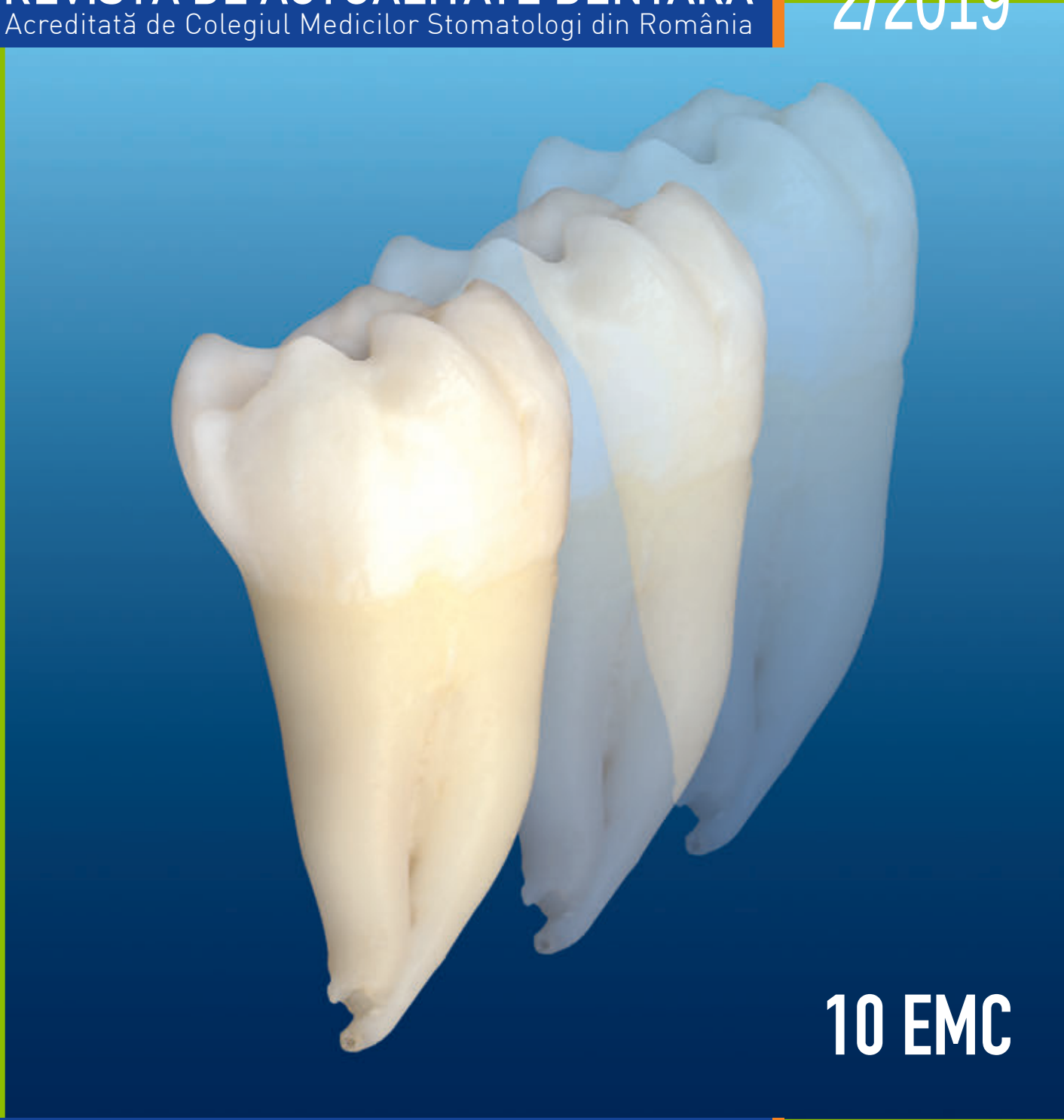
dentalTarget
clinic & lab

REVISTA DE ACTUALITATE DENTARĂ
Acreditată de Colegiul Medicilor Stomatologi din România

2/2019



10 EMC

www.dentaltarget.ro

Vol. XIV • nr. 2 (51)
Mai 2019

hyaDENT BG

hyaDENT BG este un produs compus din acid hialuronic încrucișat și acid hialuronic neîncrucișat, de origine non-animală, proiectat special pentru uz în domeniul medicinei dentare.

Prin combinarea acizilor hialuronici incrucișați și nemodificați de obțin efecte de vindecare și de regenerare atât imediate cât și de lungă durată.

Indicații

- ✓ **Gingivită**
- ✓ **Parodontoză**
- ✓ **Vindecarea țesuturilor moi**
- ✓ **Vindecarea țesuturilor osoase**
- ✓ **Reducerea recesiilor gingivale**
- ✓ **Reducerea pierderilor de papilă**
- ✓ **Gingivectomii și gingivoplastii**
- ✓ **Prezervarea alveolelor post-extracționale**
- ✓ **Ulcere bucale**
- ✓ **Susținerea osteointegrării implanturilor dentare**
- ✓ **Susținerea osteointegrării grefelor osase**

Detalii suplimentare

implant division

IMPLANT DIVISION SRL - unic importator și distribuitor Hyadent în România

website: www.implantdivision.ro

telefon: 0722500709

Primul tratament cu AH injectabil

hyaDENT BG poate fi injectat în pungile parodontale, sau aplicat topic

ivoclar vivadent
DENTA
Dentsply Sirona
2019 DW
Zirkonzahn
ALLIGATOR
hyaDENT BG
implant division
ddi derom dental international
DENTEX produse stomatologice
AB
admdent CAD/CAM MILLING CENTER
CHRIS tehnodent
Dentimar
Dr. Fischer DENTAL LAB
Dental Labor Manolache
KERAMENS GROUP
DENTAL DIRECT
A.K. Dental Clinic
Dentistry for Life Grup
MANDRAGORA
MEDICA M3
probiss
New York Dental
temco
TIANA DENT
zahn art med

SUMAR

Editorial

Eveniment

• DENTEX - Eveniment aniversar 23 Mai 2019, Cluj-Napoca
• DENTAL WORLD - 10-12 Octombrie 2019, Budapesta
• ARMEDICA - 7-9 Noiembrie 2019, Arad
• DENTA II - 5-7 Decembrie 2019, Romexpo

Implantologie

EFECTUL MATERIALULUI HYADENT BG ASUPRA FIBROBLAȘTILOR UMANI GINGIVALI ȘI PALATINALI
Asparuhova MB, Kiryak D, Eliezer M, Mihov D, Sculean A.

RECESIE MILLER ADÂNCĂ CLASA A II-A
Caz clinic furnizat de prof. Anton Sculean, Berna, Elveția

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL UNUI DEFECT INFRAOSOS FOLOSIND HYADENT ȘI HYADENT BG ARĂTÂND O VINDECARE RAPIDĂ A PLĂGII
Prof. Andrea Pilloni, Roma, Italia

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL RECESIILOR GINGIVALE MULTIPLE ÎN ZONA ESTETICĂ CU CTG ȘI HYADENT FOLOSIND TEHNICA TUNELIZĂRII
PD Dr. Stefan Fickl, Germania

Protetică mobilă

STUDIU CLINICO-STATISTIC PRIVIND PREVALENȚA EDENTAȚIEI DE CLASA I ȘI A PROTEZĂRII SALE MOBILIZABILE ÎN MEDIUL URBAN
Livia Alice Tănăsescu[1)], Silvia Stancu[2)], Cătălina Farcaşiu[3)], Oana-Cella Andrei[1)],
[1)] Department of Removable Prosthodontics, UMF Carol Davila Bucharest, [2)] Student, UMF Carol Davila Bucharest Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, [3)] Department of Pedodontics, UMF Carol Davila Bucharest

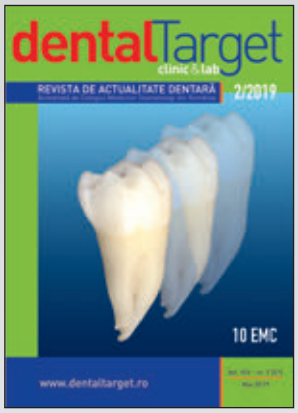
RESTABILIREA DIMENSIUNII VERTICALE DE OCLUZIE PRIN UTILIZAREA ARTICULATORULUI SEMIADAPTABIL ȘI A MĂSURĂTORILOR CEFALOMETRICE LA PACIENȚII EDENTAȚI TOTAL CU PIERDERE VERTICALĂ SEVERĂ
As. Univ. Dr. Pintilie Ingrid Ioana*, Dr. Dăscălescu Daniela**, Șef Lucr. Dr. Cristache Corina***; *UMF "Carol Davila" – București, Disciplina Protezare Totală, *** UMF "Carol Davila" – București, Disciplina Tehnică Dentară

Restaurări estetice

„ADOR ZÂMBETUL TĂU" – RECONSTRUCȚIE MINIM INVAZIVĂ A DINȚILOR ANTERIORI
O combinație între printare 3D, tehnica de presare și cimentare adezivă
Un articol de Dr. Mauricio Umeno Watanabe, Birigui / Brazilia

Pedodonție

INFLUENȚA CUNOȘTINȚELOR ȘI ACȚIUNILOR PĂRINȚILOR ASUPRA STĂRII DE SĂNĂTATE ORALĂ A UNUI LOT DE COPII PREȘCOLARI DIN BUCUREȘTI
Cătălina Farcaşiu[1)], Alexandru-Titus Farcaşiu[3)], Vlad Ioan Gheorghe[2)], Livia Alice Tănăsescu[3)], Oana-Cella Andrei[3)]
[1)] Department of Pedodontics, UMF Carol Davila Bucharest, [2)] MD, private practice, [3)] Department of Removable Prosthodontics, UMF Carol Davila Bucharest



Vol. XIV ● nr. 2 (51) ● Mai 2019

● **Cod CNCSIS 902/9412/209,**

● **Acreditată de CMSR cf. reg. EMC al CMSR.**

● **Acreditată de OAMGMAMR**

● **dentalTarget,** revista de medicină dentară ce apare **de 4 ori pe an**, înaintea manifestărilor expoziționale.

● Distribuită gratuit, prin poștă, într-un tiraj de **6000 de exemplare**, cabinetelor stomatologice și laboratoarelor de tehnică dentară.

● Prezentă și disponibilă în cadrul tuturor manifestărilor expoziționale de profil.

● Revista dentalTarget oferă o privire de ansamblu asupra medicinei dentare fiind singura revistă românească de specialitate **adresată atât medicilor dentiști, tehnicienilor dentari și asistentelor de medicină dentară.**

● Înscrisă în EBSCO database
http://ebscohost.com

dentalTarget clinic & lab

Revista de actualitate dentară
ISSN -1842 -5054,
Cod CNCSIS 902/9412/209,
Acreditată de CMSR cf. reg EMC al CMSR,
Înscrisă în EBSCO.
e-mail: office@dentaltarget.ro
www.dentaltarget.ro
Tel. 0724 864 358

Redactor Șef
Claudia Lăzărescu

Redactor Șef Adjunct
Conf. Univ. Dr. Oana Cella Andrei

Consiliul editorial
Medicină dentară
Conf. Univ. Dr. Oana Cella Andrei
Prof. Dr. Mihaela Păuna
Prof. Dr. Emilian Hutu
Conf. Univ. Dr. Marina Meleşcanu-Imre
Șef Lucrări Dr. Luminița Dăguci
Conf. Univ. Dr. Constantin Dăguci
Conf. Univ. Dr. Ioan Andrei Țig
Conf. Univ. Dr. Monica Scrieciu
Conf. Univ. Dr. Anca Frățilă
Conf. Univ. Dr. Marilena Bătăiosu
Conf. Univ. Dr. Ligia Muntianu
Conf. Univ. Dr. Mihai Burlibaşa
Șef Lucrări Dr. Corina M. Cristache
Conf. Univ. Dr. Elina Teodorescu
Șef Lucrări Dr. Adrian Mihail Nistor
As. Univ. Dr. Ildiko Gergely
As. Univ. Dr. Mihaela Pantea
Dr. Alexandru Brezoescu
Prof. Dr. Carmen Todea
Prof. Univ. Dr. Cosmin Sinescu
Prof. Dr. Meda Negruțiu
Prof. Dr. Mihai Romănu
Prof. Dr. Dorin Bratu
Prof. Dr. Angela Podariu
Prof. Dr. Cristina Maria Borțun
Prof. Dr. Gheorghe Matekovits
Prof. Dr. Melinda Székely
Prof. Dr. Ovidiu Nicolae Grivu
Prof. Dr. Emanuel Bratu
Conf. Univ. Dr. Marius Leretter
Prof. Dr. Vasile Nicolae
Prof. Dr. Daniel Munteanu

Tehnică dentară
Tehn. Dentar Cristian Ioan Petri
Tehn. Dentar Bogdan Dobrin
Tehn. Dentar Liviu Fera
Tehn. Dentar M. Hermeneanu

Interdisciplinaritate
Prof. Gheorghe Drăgănescu
Prof. Adrian Podoleanu
As. Univ. Dorin Dodeniciu
Conf. Univ. Lavinia Denisa Cuc
Conf. Univ. Anca Tudor
Prof. Nicolae Faur
Șef Lucrări Mihai Hluşcu
As. Univ. Radu Negru
Dr. Oana Ștefania Soare
Dr. Ionuț Soare
Dr. Dragoș George Romanescu
Dr. Claudiu Anghel
Dr. Vladimir Roşca

Colaboratori redacționali
Prof. Univ. Dr. Cosmin Sinescu
Șef Lucrări Dr. Corina M. Cristache
Șef Lucrări Dr. Liana Todor
Conf. Univ. Dr. Gabriela Ciavoi
Șef Lucrări Dr. Radu Stanciu
Șef Lucrări Dr. Gabriela Tănase
As. Univ. Dr. Ruxandra Mărgărit
As. Univ. Dr. Livia-Alice Tănăsescu
Dr. Alina Cibea
As. Univ. Radu Scurtu
As. Univ. Sergiu Antonie
Student Ana Ruxandra Giredariu
Dr. Angelica Iliuță
Dr. Călin Bertalanffy

Director publicitate – marketing
Alexandru Dobre
Director executiv și secretar de redacție
Sabina Canja

Editor dentalTarget
Publicitate, contact și abonamente
dentalTarget SRL
CP 76, OP 63, București,
Tel. 0724 864 358,
office@dentaltarget.ro
www.dentaltarget.ro
Editura nu își asumă responsabilitatea pentru corectitudinea și exactitatea articolelor publicate, aceasta aparținând în totalitate autorilor.
Reproducerea articolelor se poate face numai cu acordul scris al editurii.
Design copertă
arths@arths.ro

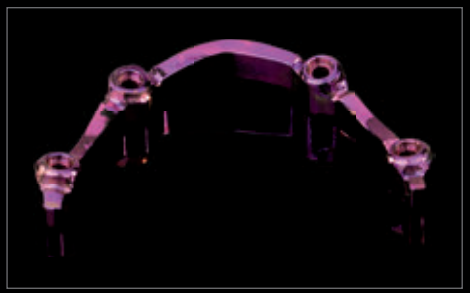
DTP - Dan Cibea

Tipografie - Everest

Zirkonzahn®

ÎNALTĂ CALITATE PRIN ZIRKONZAHN

Coroanele Prettau® 4 Anterior® zirconia pe un cadru de răşină pentru proteză dentară gingivală cu bară de titaniu anodizat
DT Michele Frapporti – Zirkonzahn Education Center Brunico, Italy



Dental Labor Manolache – T +40 212 339 376 – dentallabor_manolache@yahoo.de
Zirkonzahn Worldwide – Tirolul de Sud, Italia – T +39 0474 066 680 – info@zirkonzahn.com – www.zirkonzahn.com

Extracția dinților... cu calculatorul

Dr. Adrian Mihail Nistor

"Arta de a fi când foarte îndrăzneț, când foarte prudent este arta de a reuşi"
***Napoleon Bonaparte** (1769 - 1821) - Lider politic şi militar francez*

Cred că noi stomatologii ar trebui să fim, cel puțin teoretic, practicienii cei mai fericiți din lume. Spre deosebire de alte specialități medicale noi migălim toată ziua în gura pacienților cu dorința continuă de a realiza restaurări cât mai corecte funcțional şi estetic... şi reuşim în marea majoritate a cazurilor! Aparatura, instrumentarul, substanțele şi materialele pe care le avem la dispoziție ne permit realizarea unor investigații şi tratamente calitative în funcție bineînțeles de posibilitățile financiare ale pacientului dar şi ale noastre.

În ultimii 10-15 ani se manifestă însă o tendință tot mai accentuată în specialitatea noastră de a informatiza aproape totul. De la programarea pacienților cu sfaturi dedicate şi până la realizarea în cabinet a coroanelor şi punților, totul este digitalizat, computerizat. Se introduce astfel o impresie "virtuală" că fără a apela la computer nu putem trata o carie sau efectua o extracție dentară.

"Go digital and do not look back"... Nimic mai fals!

Toate softurile create pentru cabinetul stomatologic şi laboratorul de tehnică dentară sunt utile cu condiția să fie utilizate corect, şi de o persoană instruită. O concluzie imediată ce se desprinde din afirmațiile anterioare este că devenim treptat tot mai dependenți de calculatoare şi de softuri. Recent au fost comunicate publicului medical noi variante de programe radiologice care utilizează o bază de date uriaşă, capabilă să stabilească diagnosticul radiologic practic în orice zonă a organismului uman.

Dar cu tratamentul afecțiunilor chirurgicale orale cum rămâne? Desigur că putem diagnostica prin CBCT existența unei rădăcini dentare cu caracteristici anatomice particulare sau a unei leziuni periapicale. Decizia finală terapeutică o va lua tot stomatologul, pe baza experienței şi priceperii sale.

Totuşi aplicarea informațiilor oferite de lumea digitală în stomatologia de zi cu zi trebuie exersată zilnic, fără o abstractizare excesivă. Abilitatea informatică se câştigă prin experiență la fel ca inteligența, flerul clinic şi abilitatea practică. Vârsta mintală a unui tânăr practician stomatolog nu poate ține pasul cu vârsta biologică dacă informațiile pe care le obținem de la calculator nu vor fi valorificate eficient pe fiecare caz clinic tratat.

De altfel se consideră că utilizarea informațiilor digitale precum şi a aparaturii ghidate de calculator ridică în primul rând provocări terapeutice legate de alegerea soluției optime într-o situație clinică dată. Succesul terapeutic, mai ales în terapia implanto-protetică, nu are întotdeauna caracter absolut deoarece se obține pe un organism biologic supus permanent transformărilor.

Existența unui calculator sau a mai multor dispozitive ghidate de un soft dedicat trebuie să contribuie la precizarea unui diagnostic şi la finalizarea unei soluții terapeutice stomatologice şi NU la crearea de probleme.

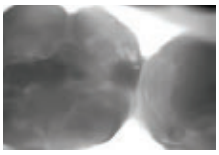
Şi pentru că am început cu un citat din celebrul Napoleon Bonaparte, voi termina cu o cugetare ce mi se pare elocventă pentru titlul acestui editorial: *"A devenit emoționant de clar că tehnologia a depăşit umanitatea"* - Albert Einstein (1879 - 1955).

Echipează-te pentru succes
cu noile inovatii 3Shape TRIOS® 4

POTRIVIT ÎN FIECARE CLINICĂ

Configurați-vă scanerul 3Shape TRIOS®
în funcție de nevoile și bugetul dumneavoastră! **POD / MOVE**

Cel mai puternic scaner intraoral 3Shape până acum !



Identificare automată a cariilor dentare

Primul scanner digital intraoral care detectează cariile de suprafată si interproximale fără nevoia unui sistem suplimentar de scanare

Vârfuri inteligente - Smart tips

Noua generatie de vârfuri cu tehnologie de încălzire instantă, face posibilă începerea scanării în câteva secunde.
+30% durată de viată a bateriei

PRIMUL DEALER 3shape peste 5 ani de experiență

BUYback

Ai un model vechi de TRIOS si îti doresti unul nou?

Contactează-ne pentru o OFERTĂ PERSONALIZATĂ

Divizia pentru Medici

Disponibil în orice configurație, cu posibilitatea achiziționării în **rate** pe o perioadă de **5 ani**!

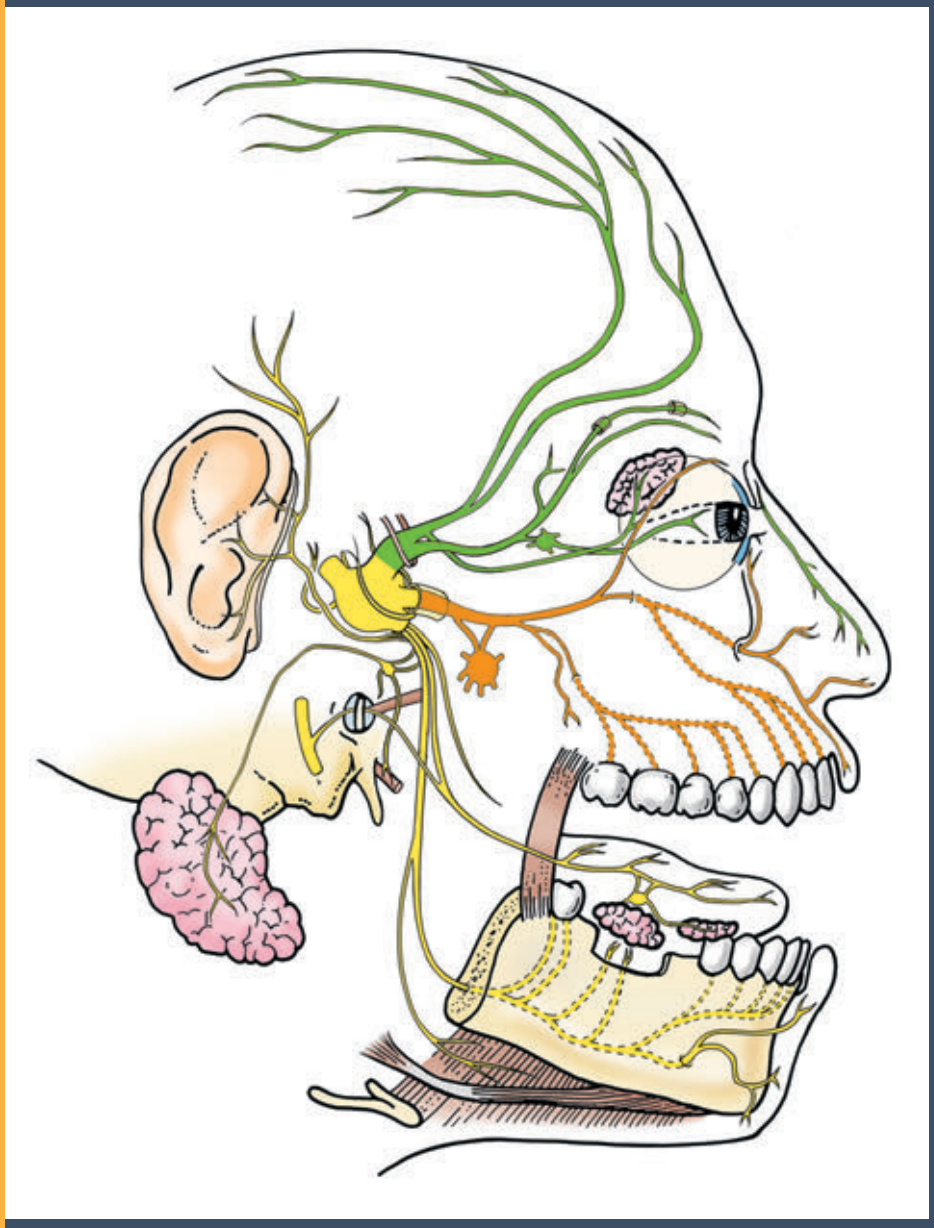
+4 0723 316 317 office@digitaldentistry.ro www.digitaldentistry.ro

DIGITAL DENTISTRY
specialistul tău în tehnologie

Adrian-Mihail NISTOR
Alexandru DIACONEASA-MAIER
Ionel JULEA
Tudor NICOLAIE

Manual de chirurgie orală

Anatomie, Patologie și Tehnici Chirurgicale



Adrian-Mihail NISTOR

CALLISTO

Manual de chirurgie orală
Anatomie, Patologie și Tehnici Chirurgicale
CALLISTO

Editura Medicală CALLISTO
www.callisto.ro

ISBN 978-606-8043-24-1

MEDIT

REVOLUȚIONEAZĂ AMPRENTAREA DIGITALĂ

i500

scaner intra-oral 3D

Acum cu noua versiune software **MeditLink 2.0!**

DENTAL DIRECT

Iași, str. Petru Movilă nr. 59 | 0372-744 663 | office@dentaldirect.ro | www.dentaldirect.ro

EFFECT OF HYADENT BG ON HUMAN GINGIVAL AND PALATAL FIBROBLASTS

Asparuhova MB, Kiryak D, Eliezer M, Mihov D, Sculean A 'Activity of two hyaluronan preparations on primary human oral fibroblasts' J Periodont Res. 2018; 00: 1-13. I Link to the abstract

Abstract

Wound healing is an important aspect of surgical periodontal treatment and affects the outcome. Within this process, palatal and gingival fi broblasts play an important role. This study shows that from a biological point of view HYADENT BG positively affects the healing process, and that its application may therefore support wound healing in the context of surgical periodontal treatment.

EFECTUL MATERIALULUI HYADENT BG ASUPRA FIBROBLAȘTILOR UMANI GINGIVALI ȘI PALATINALI

(Traducere Ruxandra Popescu din Broşura Hyadent 2018)

RELEVANȚA CLINICĂ

Vindecarea plăgii este un aspect important al tratamentului parodontal chirurgical și îi influențează rezultatul. În cadrul acestui proces, fibroblaștii palatinali și gingivali joacă un rol important. Acest studiu arată că din punct de vedere biologic HYADENT BG afectează pozitiv procesul de vindecare și că aplicarea lui poate în consecință sprijini vindecarea plăgii în contextul tratamentului parodontal chirurgical.

DESIGN-UL STUDIULUI

Au fost obținuți și cultivați de la donatori umani fibroblaștii umani primari palatinali (HPF) și gingivali (HGF). Au fost măsurate viabilitatea celulară, migrația și proliferarea atât pentru grupul de control (fără acid hialuronic), cât și pentru grupul test (HYADENT BG; Hya). A fost folosită analiza RT-PCR pentru a investiga expresia anumitor gene inclusiv COL1A1, COL3A1, TGF-β1, TGF-β3, PDGFB, FGF2 și EGF.

REZULTATE

Viabilitatea celulară a fibroblaștilor izolați HPF și HGF a rămas foarte ridicată, fără diferențe vizibile între grupul de control și cel Hya. După 24h, 48h, 72h și 96h rata de proliferare celulară a fost semnificativ crescută în grupul Hya comparativ cu celulele netratate pentru ambele linii de celule, cu excepția celulelor HGF la 24h. Tratamentul Hya nu a influențat expresia COL1A și TFG-β1, care sunt în general cunoscute ca ducând la vindecare fibrotică însoțită de cicatrici.

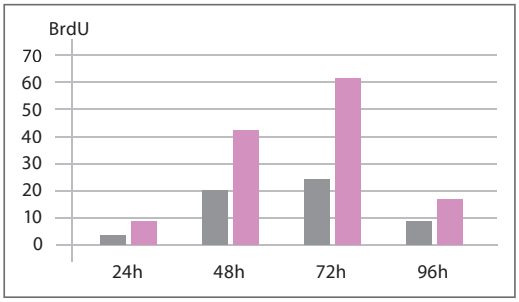
Oricum, contactul cu Hya a crescut semnificativ expresia COL3A și TGF-β3 în ambele tipuri de celule iar produșii genetici respectivi, colagen de tip III și TFG-β3 sunt ambii predominant implicați în vindecarea fără cicatrici a plăgii.

În plus, prezența Hya a dus la o expresie semnificativ crescută a factorilor de creștere PDGFB, FGF-2 și EGF care sunt cunoscuți pentru stimularea proliferării celulare și migrării în funcție de dozaj.

CONCLUZIE

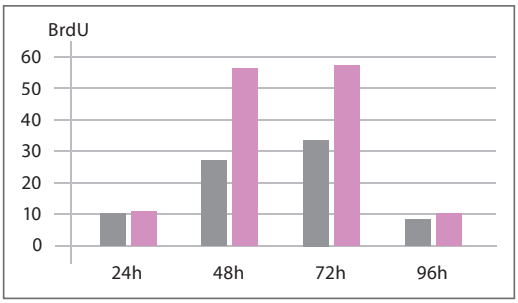
HYADENT BG are diferite efecte biologice pozitive asupra fibroblaștilor palatinali și gingivali care sunt implicați în regenerarea țesuturilor moi în contextul tratamentului parodontal chirurgical. Efectele pro-vindecare și pro-proliferare demonstrate ale acidului hialuronic explică influența pozitivă a acestuia observată în mai multe studii clinice.

VITEZA DE PROLIFERARE A FIBROBLAȘTILOR UMANI PALATINALI



Graficul 1:
Graficul arată vitezele fibroblaștilor umani palatinali după 24h, 48h, 72h și 96h. Rezultatele arată o creștere statistică semnificativ mai mare a celulelor din grupul Hya în toate momentele de timp, creștere măsurată pe baza BrdU.

VITEZA DE PROLIFERARE A FIBROBLAȘTILOR UMANI GINGIVALI



Graficul 2:
Graficul arată vitezele fibroblaștilor umani gingivali după 24h, 48h, 72h și 96h. Rezultatele arată o creștere statistică semnificativ mai mare a celulelor din grupul Hya în toate momentele de timp, creștere măsurată pe baza BrdU.

1. Cuttle L et al' Collagen in the scarless fetal skin wound: detection with Picrosirius-polarization.' Wound Repair Regen. 2005;13:198-204.
2. Lichtman MK, et al 'Transforming growth factor beta (TGF-β) isoforms in wound healing and fi brosis.' Wound Repair Regen. 2016;24:215-222.
3. Mumford JH et al. 'The effects of platelet-derived growth factor-BB on peri-odontal cells in an in vitro wound model.' J Periodontol. 2001;72:331-340.
4. Fujisawa K et al. 'Basic fi broblast growth factor and epidermal growth fac-tor reverse impaired ulcer healing of the rabbit oral mucosa.' J Oral Pathol Med. 2003;32:358-366.
5. Eliezer M et al, Abstracts of EuroPerio 9 Amsterdam, the Netherlands, 20-23 June, 2018, PD172; p104
6. Pilloni A et al., Clinical Oral Investigations https://doi.org/10.1007/s00784-018-2537-4

(Preluare de pe www.regedent.com)

DEEP MILLER CLASS II RECESSION

CLINICAL CASE PROVIDED BY PROF ANTON SCULEAN, BERNE, SWITZERLAND

RECESIE MILLER ADÂNCĂ CLASA a II-a

Caz clinic furnizat de prof. Anton Sculean, Berna, Elveția (Traducere Ruxandra Popescu din Broşura Hyadent 2018)

1a. Linia de control.

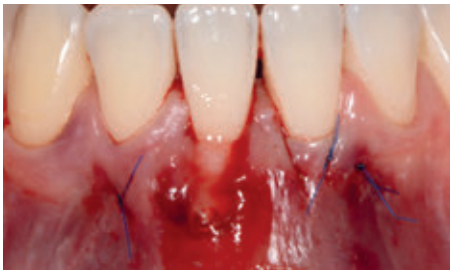
1b. Tunel.

2a. Tunel mobilizat.

2b. Grefă de țesut conjunctiv (CTG).

3a. Aplicarea de HYADENT BG.

3b. HYADENT BG aplicat în tunel.



4a. Grefa de țesut conjunctiv fixată în tunel.

4b. Repetarea aplicării de HYADENT BG pe grefa de țesut conjunctiv.

5a. Tunelul închis lateral.

5b. Rezultatul după 6 luni.

(Preluare de pe www.regedent.com)

IMPLANT DIVISION SRL- unic importator și distribuitor Hyadent în România
website: www.implantdivision.ro telefon: 0722500709

2019 DW

DENTAL WORLD

International Dental Exhibition & Conference

VISIONARY SPEAKERS

Dr. Rolando Nunez

Dr. Liu Feng

Dr. Arthur Volker

Dr. Glenn van As

Aesthetics | Endodontics | Orthodontics
Implantology | Microworld

Dr. Domenico Massironi

Dr. Armando Lopes

Dr. Simon Littlewood

Dr. Giampiero Ciabattoni

10–11–12 October, 2019

Budapest, Hungary

dentalworld.hu

admdent
CAD/CAM MILLING CENTER

ARUM
SAXIS DIGITAL DENTAL SOLUTION

CENTRU SINTERIZARE LASER SI FREZARE CAD/CAM

	OFERTA SERVICII	
1	FREZARE CAD/CAM FULL **ZIRCONIU ANTERIOR**	**35**
2	FREZARE CAD/CAM **ZIRCONIU (CAPE. PUNTI, RCR)**	**15**
3	FREZARE CAD/CAM **PMMA** - LUCRARE PROVIZORIE	**5**
4	FREZARE CAD/CAM **WAX**	**3**
5	FREZARE CAD/CAM **PEEK**	**20**
6	FREZARE CAD/CAM **CERAMICA PRESATA eMAX**	**35**
7	FREZARE CAD/CAM **CERAMICA PRESATA EMPRESS CAD**	**35**
8	FREZARE CAD/CAM **CERAMICA HIBRIDA**	**25**
9	FREZARE CAD/CAM **TITAN GRAD 5 (cape, punti, bare)**	**17**
10	FREZARE CAD/CAM **BONT PERSONALIZAT TITAN GRAD 5**	**36**
11	FREZARE CAD/CAM CRCO SOFT - BONT PERSONALIZAT NEW!	15
11	**SINTERIZARE LASER CROM COBALT** neprelucrat	**4**
12	**SERVICII SCANARE SI MODELARE**	**2**
13	PRINTARE 3D MODEL SIMPLU / LINGURA AMPRENTARE NEW!	11
14	PRINTARE 3D MODEL BONTURI MOBILE NEW!	15
15	PRINTARE 3D ELEMENT PMMA A1,A2,A3 NEW!	4
16	PRINTARE 3D GUTIERA RIGIDA NEW!	12
17	PRINTARE 3D ELEMENT GINGIVA MASK NEW!	1
18	PRINTARE 3D BAZA PROTEZE PINK NEW!	20
19	PRINTARE 3D ELEMENT CALCINABIL NEW!	2
20	PRINTARE 3D CALCINABIL - SCHELETATA NEW!	10

Preturile sunt exprimate in euro/element si includ TVA

Pentru detalii va rugam sa ne contactati!

Ploiesti, Str. Horia Nr. 38
Tel: 0745 309 286
e-mail: office@admdent.ro
web: www.admdent.ro

Clinico-statistical study regarding the prevalence of class I Kennedy edentulous cases and removable partial dentures in urban area

Studiu clinico-statistic privind prevalența edentației de clasa I și a protezării sale mobilizabile în mediul urban

Livia Alice Tănăsescu[1)], Silvia Stancu[2)], Cătălina Farcaşiu[3)], Oana-Cella Andrei[1)],
[1)] Department of Removable Prosthodontics, UMF Carol Davila Bucharest, [2)] Student, UMF Carol Davila Bucharest Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry,
[3)] Department of Pedodontics, UMF Carol Davila Bucharest

Abstract

The aim of this study was to determine the addressability of class I Kennedy edentulous patients in urban dental offices and to find out which type of prosthetic restoration is the most used. **Material and method**: this retrospective descriptive study was made in an18-month period, on 62 patients, 39 females and 23 males, in a private dental office in Piteşti. **Results**: the age of all extensive partial edentulous patients was above 40 years. Most of the patients presenting extensive edentulous spaces (48.4%) were 50-60 years old, and most of these spaces (54.28%) were located on the mandible. 62.85% patients presented class I Kennedy edentulous arches and 58.3% were in the age group of 50-60 years old. All cases were solved using various types of removable partial dentures. For financial reasons, most patients opted for removable all acrylic provisional partial dentures (27 patients, representing 75% of all cases). For esthetic reasons, 77.8% of definitive removable partial dentures were made using attachments. **Conclusions**: most of the patients presented class I Kennedy edentulous arches (62.85%). All class I Kennedy cases were solved by classical prosthetic solutions, using removable partial dentures. Although the removable acrylic partial dentures are considered as provisional or interim dentures, most class I Kennedy edentulous patients from our study opted for this type of prosthetic solution, most probably from financial reasons, considering them as satisfying both esthetically and functionally.

Keywords: class I Kennedy edentulous space, removable partial denture, acrylic provisional partial denture

Rezumat

Scopul studiului a fost determinarea adresabilității pacienților cu edentație de clasa I Kennedy în cabinetele de medicină dentară din mediul urban, precum și aprecierea celei mai răspândite modalități de restaurare protetică a acestui tip de edentație. **Material şi metodă**: Studiul retrospectiv descriptiv a fost efectuat pe o perioadă de 18 luni, pe un lot care a cuprins 62 de pacienți, 39 de femei și 23 de bărbați. Pacienții au fost consultați și tratați în cadrul unui cabinet privat de medicină dentară din Pitești. **Rezultate**: Toți pacienții cu edentații parțiale întinse au vârsta de peste 40 de ani. Cele mai multe cazuri de edentații parțiale întinse (48,4%) sunt prezente la pacienți de 50-60 de ani. 54,28% din edentațiile parțiale întinse au fost localizate la mandibulă. 62,85% din edentații aparțin clasei I Kennedy, 58,3% dintre pacienții cu astfel de edentații aparținând categoriei de vârstă 50-60 de ani. Tratamentul edentațiilor de clasa I la pacienții supuși analizei s-a realizat în toate cazurile cu ajutorul protezelor parțiale mobilizabile. Din motive financiare, 27 de pacienți, reprezentând un procent de 75% din totalul pacienților, au optat pentru confecționarea protezelor parțiale acrilice. 77,8% din totalul protezelor scheletate realizate au fost construite folosind sisteme speciale, din considerente estetice. **Concluzii**: Edentațiile de clasa I au fost majoritare. Toți pacienții cu edentații de clasa I au fost protezați cu proteze mobilizabile. Deși catalogate ca proteze provizorii sau de tranziție, marea majoritate a pacienților cu edentație de clasa I (75%), aparținând lotului analizat au beneficiat de tratament prin proteze parțiale acrilice, probabil din motive materiale, ele fiind considerate mulțumitoare, din punct de vedere estetic și funcțional, de către aceștia.

Cuvinte-cheie: edentație de clasa I, proteze parțiale mobilizabile, proteze acrilice

Introducere

Instalarea stării de edentație are ca efect deteriorarea estetică și funcțională a individului având, totodată, un impact puternic din punct de vedere psihologic și al statutului social [1]. Edentațiile terminale, de clasa I și a II-a Kennedy, beneficiază de o gamă largă de posibilități de reabilitare, de la protezări pe implanturi dentare la proteze parțiale mobilizabile clasice. Deși cele mai frecvent întâlnite edentațiisunt cele de clasa a III-a, prezente mai ales în rândul persoanelor tinere,studii internaționale relevă faptul că edentațiile de clasa I au şi ele o largă răspândire[2-4]. Creșterea continuă a speranței de viață, progresele înregistrate în domeniul medicinei dentare, precum și sporirea interesului populației în privința sănătății orale au dus la o continuă ascensiune a frecvenței tratamentelor prin restaurări protetice mobilizabile [5-7]. În pofida creșterii continue a utilizării implanturilor dentare, în cazul edentațiilor intercalate întinse și al edentațiilor terminale, protezele mobilizabile reprezintă încă tratamentul protetic de elecție, fiind considerat o opțiune ieftină și de aceea fiind frecvent întâlnită [8,9]. Progresele medicale și tehnologice permit, actualmente, confecționarea unor proteze mobilizabile care să echilibreze cerințele estetice și funcționale ale pacienților [10], conducândîn marea majoritate a cazurilor la o satisfacție crescută a acestora [10-13].

Scopul studiului

Scopul studiului a fost determinarea adresabilității pacienților cu edentație de clasa I Kennedy în cabinetele de medicină dentară din mediul urban, precum și aprecierea celei mai răspândite modalități de restaurare protetică a acestui tip de edentație.

Material și metodă

Studiul retrospectiv descriptiv a fost efectuat pe o perioadă de 18 luni, pe un lot care a cuprins 62 de pacienți, 39 de femei și 23 de bărbați. Pacienții au fost consultați și tratați în cadrul unui cabinet privat de medicină dentară din Pitești.

Criteriile de includere ale pacienților în lotul de studiu au fost:

- Pacienți care s-au prezentat în cabinet în perioada analizată.
- Pacienți care prezentau o edentație parțială întinsă.
- Pacienți care s-au prezentat în cabinet constant până la finalizarea tratamentului.
- Pacienți a căror fișă a fost corectă și completă.

Metoda de lucru a constat în analiza fișelor de observație clinică și în extragerea din acestea a datelor considerate relevante pentru studiul statistic. Au fost apreciate ca importante şi ca atare au fost înregistrate date referitoare la vârstă, sex, domiciliu, tipul de edentație clasificată după Kennedy, soluția protetică aleasă.

Baza de date a fost realizată cu ajutorul modulului Data Analysis al programului Microsoft Excel precum şi prin metoda ANOVA. Prelucrarea datelor a fost făcută cu ajutorul comenzilor Functions-Statistical şi Chart din Microsoft Excel. Relevanța statistică a studiului a fost evidențiată cu ajutorul testului Chi pătrat.

Rezultate

Lotul de pacienți analizat cuprinde atât persoane de sex feminin, cât și persoane de sex masculin. Cei mai mulți pacienți prezentați, în perioada de timp analizată, au fost de sex feminin, respectiv 39. Pacienții de sex masculin au fost în număr de 2. Numărul de pacienți aparținând fiecărui sex este prezentat în tabelul I.

Tabel I: Număr de pacienți cu edentații parțiale întinse clasificați în funcție de sex

Sex pacienți	Număr pacienți
Feminin	39
Masculin	23

Analiza procentuală a lotului de pacienți arată că 63% dintre ei au fost de sex feminin și 37% de sex masculin. Distribuția procentuală a pacienților este prezentată în figura 1.

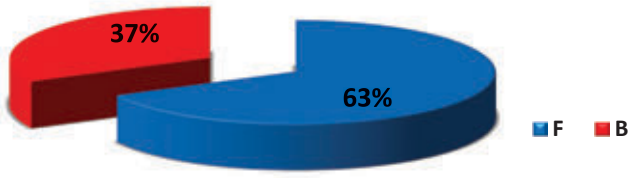


Figura 1: Distribuția procentuală a lotului de pacienți clasificați în funcție de sex

Din analiza lotului s-a observat că toți pacienții care au prezentat edentații parțiale întinse au vârsta de peste 40 de ani. Vârsta pacienților incluși în studiu a fost cuprinsă între 42 și 77 de ani. Vârsta medie a pacienților a fost de 59 de ani (tabelul II).

Tabel II. Vârsta pacienților

Statistică descriptivă				
	Număr	Minim	Maxim	Medie
Vârstă	62	42	77	59
Valid	62	-	-	-

Având în vedere acest fapt, lotul a fost împărțit, în funcție de vârstă, în patru grupe: prima grupă conține pacienți cu vârste cuprinse între 40 și 50 de ani, a doua cu vârste între 50 și 60 de ani, a treia grupă cuprinde pacienți ce se încadrează în intervalul 60-70 de ani, ultima grupă fiind de pacienți de peste 70 de ani. Structura pacienților pe grupe de vârstă este importantă, deoarece relevă așteptări diferite în ceea ce privește reabilitarea protetică, determinând, în mare măsură, soluția de tratament protetic aleasă. S-a constatat că cele mai multe cazuri de edentații parțiale întinse sunt prezente la pacienți de 50-60 de ani (30 de cazuri). Un număr relativ mare de cazuri au avut vârsta cuprinsă între 60 și 70 de ani (20 de pacienți). Cele mai puține cazuri aparțin, în mod egal, intervalelor de vârstă 40-50 de ani și, respectiv, peste 70 de ani (câte 6 pacienți pentru ambele grupe). Numărul de pacienți din fiecare grupă este prezentat în tabelul III.

Tabel III. Număr de pacienți cu edentații parțiale întinse în funcție de categoria de vârstă

Interval vârstă pacienți	Număr pacienți
40-50 ani	6
50-60 ani	30
60-70 ani	20
peste 70 ani	6

Distribuția procentuală pe grupe de vârstă arată că 9,7% dintre pacienți au vârsta cuprinsă între 40 și 50 de ani, 48,4% din totalul pacienților supuși analizei de față aparțin grupei de vârstă 50-60 de ani, 32,2% sunt pacienți cu vârsta cuprinsă între 60 și 70 de ani, iar 9,7% dintre pacienți au vârsta de peste 70 de ani. Dispoziția procentuală a lotului în funcție de vârstă este relevată în figura 2.

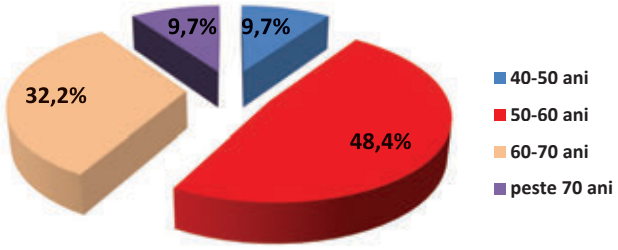


Figura 2: Distribuția procentuală a lotului de pacienți în funcție de categoria de vârstă

S-a considerat importantă analiza pacienților în funcție de domiciliu, pentru a stabili în ce măsură acesta influențează adresabilitatea pacienților la cabinetele de medicină dentară, plecând de la ipoteza că nivelul de trai din mediul rural este mai scăzut decât cel din mediul urban, iar lipsa cabinetelor de medicină dentară din mediul rural influențează nivelul adresabilității la tratamentul stomatologic. Solicitarea tratamentului stomatologic care să includă, printre altele, și restaurarea protetică a edentațiilor parțiale întinse, a fost realizată atât de pacienți din mediul urban cât și de cei din mediul rural. S-a constatat că majoritatea dintre ei locuiesc în mediul urban (43, ceea ce reprezintă 69,35% din total). 19 pacienți locuiesc în mediul rural, adică 30,65% din cazurile prezentate. Distribuția procentuală a lotului de pacienți în funcție de domiciliu este prezentată în figura 3.

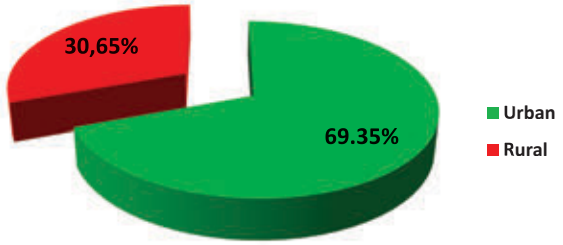


Figura 3. Distribuția procentuală a lotului de pacienți în funcție de domiciliu

A fost analizată și interpretată distribuția edentațiilor prezente la pacienții din lotul analizat în scopul de a determina dacă există diferențe între frecvența apariției edentației întinse în funcție de arcadă. Lotul de pacienți prezintă edentații localizate la una sau ambele arcade. Numărul total de edentații întinse, semnalate la cei 62 de pacienți, a fost de 70. Cele mai multe dintre ele au fost localizate la mandibulă, respectiv 38 de edentații, în timp ce la maxilar au fost prezente 32 de edentații. Procentual, această situație reprezintă 54,28% de edentații mandibulare și 45,72% de edentații maxilare. Reprezentarea procentuală a edentațiilor în funcție de arcadă este prezentată în figura 4.

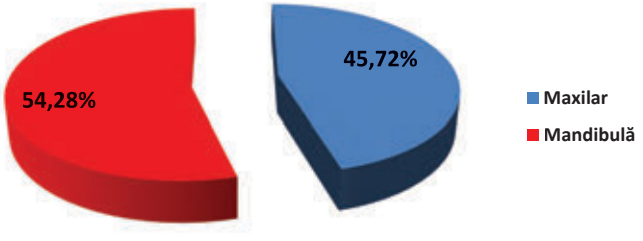


Figura 4. Distribuția procentuală a edentațiilor în funcție de arcadă

Edentațiile supuse analizei au fost împărțite, conform clasificării lui Kennedy, în patru clase: clasa I, clasa a II-a, clasa a III-a și clasa a IV-a. S-a constatat că cele mai multe edentații, 44 la număr, aparțin clasei I Kennedy. Edentațiile de clasa a II-a Kennedy au fost în număr de 19. În clasa a III-a Kennedy au fost înregistrate 7 edentații. Niciun pacient nu a prezentat edentații de clasa a IV-a Kennedy. Din punct de vedere procentual, edentațiile de clasa I au reprezentat 62,85%, cele de clasa a II-a 27,15%, iar cele de clasa a III-a, 10%. Distribuția procentuală a edentațiilor în funcție de clasa de edentație este ilustrată în figura 5.

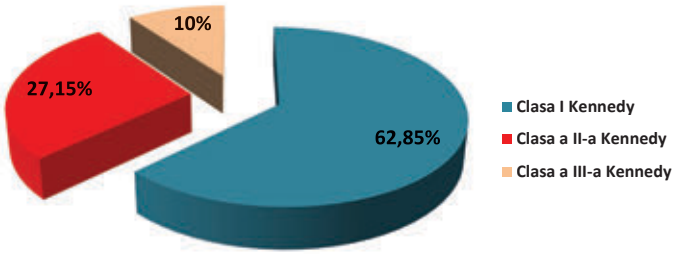


Figura 5. Distribuția procentuală a edentațiilor în funcție de clasa de edentație

Studiul de față își propune analiza edentației de clasa I și a metodei de tratament aleasă pentru protezarea ei, așa încât s-a considerat utilă determinarea arcadei dentare care este cel mai frecvent afectată de acest tip de edentație,în lotul de pacienți studiat. Cele mai multe edentații de clasa I Kennedy au fost întâlnite la mandibulă (25), în timp ce la maxilar a fost înregistrat un număr de 19 edentații din acest tip, ceea ce înseamnă că 56,8% din edentațiile de clasa I au fost mandibulare și 43,2% maxilare. Distribuția procentuală a edentațiilor de clasa I în funcție de arcadă este prezentată în figura 6.

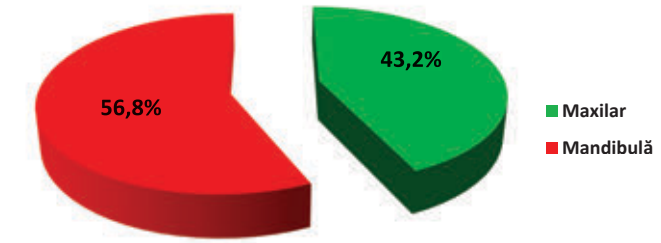


Figura 6. Distribuția procentuală a edentațiilor de clasa I în funcție de arcadă

Din numărul total de 62 de pacienți, 36 au prezentat edentații de clasa I la unul sau ambele maxilare, ceea ce înseamnă un procent de 58% din total (figura 7).

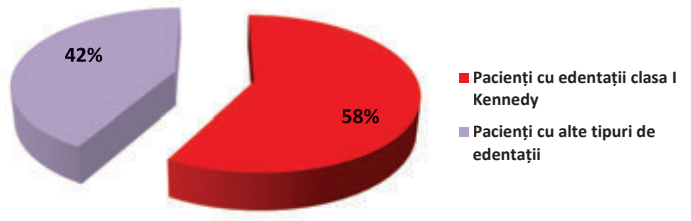


Figura 7. Distribuția procentuală a pacienților cu edentații de clasa I

Având în vedere că studiile de specialitate arată o prevalență mai mare a edentațiilor de clasa I la pacienți cu vârste înaintate, s-a considerat importantă determinarea frecventei edentației de clasa I în funcție de categoria de vârstă căreia îi aparțin pacienții lotului nostru. Luând în considerare vârsta pacienților cu edentații de clasa I, analiza lotului de pacienți a relevant faptul că aceastăclasă de edentație a fost întâlnită la toate cele patru categorii de vârstă în care a fost împărțit lotul. Din cei 36 de pacienți ce prezintă edentații de clasa I, cei mai mulți aparțin categoriei de vârstă 50-60 de ani, respectiv 21, ceea ce corespunde unui procent de 58,3%. 7 pacienți fac parte din grupa 60-70 de ani (19,4%) și câte 4 aparțin categoriei 40-50 de ani și peste 70 de ani (câte 11,15%). Numărul pacienților cu edentație de clasa I în funcție de categoria de vârstă este arătat în tabelul IV iar dispoziția procentuală în figura 8.

Tabel IV. Numărul pacienților cu edentație clasa I în funcție de categoria de vârstă

Categorie vârstă pacienți	Număr pacienți cu edentație de clasa I
40-50 ani	4
50-60 ani	21
60-70 ani	7
Peste 70 ani	4

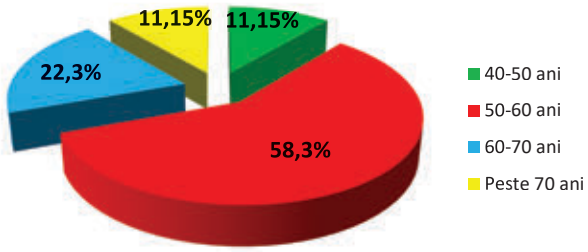


Figura 8. Dispoziția procentuală a numărului pacienților cu edentație de clasa I în funcție de categoria de vârstă

Din punctul de vedere al localizării, edentațiile de clasa I maxilare au fost prezente la 25% dintre pacienți (9 pacienți), cele mandibulare la 52,8% dintre pacienți (19 pacienți), iar edentații de clasa I prezente la ambele arcade ale aceluiași pacient au fost semnalate la 22,2% dintre pacienți(8). Distribuția edentațiilor de clasa I în funcție de arcada la care sunt prezente este evidențiată în tabelul V și în figura 9.

Tabel V. Numărul de edentații de clasa I Kennedy pe fiecare tip de arcadă

Arcadă	Număr de edentații de clasa I Kennedy
Maxilar	9
Mandibulă	19
Ambele arcade	8

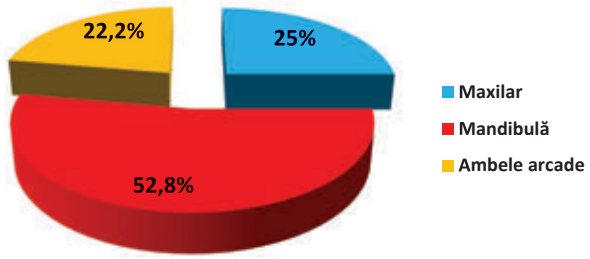


Figura 9. Distribuția procentuală a edentațiilor de clasa I în funcție de arcada la care sunt prezente

Tratamentul edentațiilor de clasa I la pacienții supuși analizei s-a realizat în toate cazurile cu ajutorul protezelor parțiale mobilizabile. Pentru tratamentul edentațiilor de clasa I Kennedy au fost utilizate proteze parțiale acrilice sau scheletate. Au fost realizate atât proteze scheletate cu croșete, cât și cu sisteme speciale. Marea majoritate a pacienților au optat pentru confecționarea protezelor parțiale acrilice (27 de pacienți, reprezentând un procent de 75% din total). În cazul a 19,45% dintre

temco
TEHNO ELECTRO MEDICAL COMPANY
APARATURĂ MEDICALĂ. REPREZENTANȚĂ ȘI SERVICE

Dentsply Sirona

Dr. Adrian Zah - 0742.010.122
azah@temco.ro
Dr. Mircea Puia - 0745.348.034
mpuia@temco.ro
Ing. Robert Kurso - 0744.606.944
rkurso@temco.ro

Soluții CAD -CAM de cabinet și laborator în rate directe 12-60 luni, cu avans 0-50 %

CEREC by Sirona

CEREC Premium Package

• Sistem Scanare CEREC Omnicam AC 2.0; • Masina frezare CEREC MC XL cu sistem de aspiratie inclus • Cuptor sinterizare CEREC SpeedFire • Software CEREC, pachet accesorii si mostre de blocuri de lucru.

Preț: de la 74.990 € + TVA (in cazul achitarii integrale)

Module optionale, variante multiple de plata si consumabile

inLab

Pachet inLab

• Scaner modele Ineos • Masina frezat MCX5 • Cuptor sinterizare Prosinter • software Inlab 18 pachet incepand cu

Preț: de la 49.900 € + TVA (in cazul achitarii integrale)

Variante cu cuptor HTC InFire, modalitati diverse de plata, consumabile si accesorii la cerere.

Unit-uri dentare în rate directe 12-60 luni, cu avans 0-50 %

INTEGO

INTEGO Pro

SINIUS

TENEO

Intego Start de la 6.690 € + TVA

Intego Pro Start de la 12.690 € + TVA

Configuratii Advanced si Innovation cu echipare modulara in funtie de necesitatile cabinetului, cu aspiratie umeda sau uscata, compresoare individuale sau centralizate, micromotor electric brushless, piese mana T1 LINE si T2 LINE, pachet endodontie, camera si monitor Svision .

INTEGO – pana la 36 luni garantie

INTEGO PRO – pana la 60 luni garantie

SiroLaser Blue

Sirona
DAC Universal

Pentru informatii suplimentare, comenzi echipamente și oferte personalizate:
www.echipamentestoma.ro office@echipamentestoma.ro

pacienți tratamentul a constat în confecționarea protezelor parțiale scheletate cu sisteme speciale, restul de 5,55% dintre pacienți beneficiind de proteze scheletate cu croșete turnate.Repartiția procentuală a pacienților în funcție de tipul de proteză aleasă pentru tratamentul edentației de clasa I este ilustrată în figura 10.

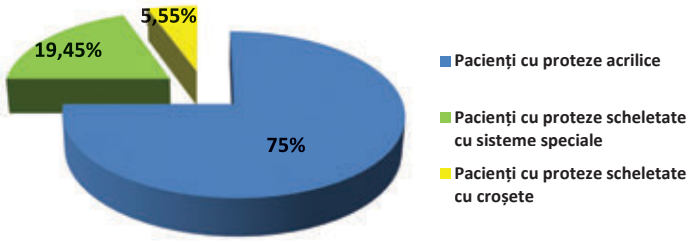


Figura 10. Dispoziția procentuală a pacienților în funcție de tipul protezei parțiale

Având în vedere că protezele scheletate sunt considerate superioare din punct de vedere estetic și funcțional celor acrilice, s-a încercat analizarea alegerii acestui tip de tratament în funcție de sexul pacientului. S-a constatat că majoritatea pacienților la care soluția de protezare a edentației de clasa I a implicat realizarea unei proteze scheletate a fost de sex feminin, 7 pacienți (77,8%), în timp ce numărul pacienților de sex masculin ce au beneficiat de o astfel de reabilitare protetică a fost de 2 (22,2%) (figura 11).

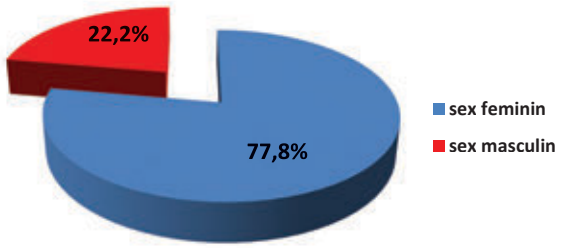


Figura 11. Distribuția protezelor scheletate în funcție de sex

Din punctul de vedere al grupei de vârstă, din cei 9 pacienți la care au fost realizate proteze scheletate cu sisteme speciale, 5 au aparținut categoriei de vârstă 50-60 ani (55,5%) și 4 categoriei 60-70 ani (45,5%). Cele mai multe proteze scheletate realizate au fost construite folosind sisteme speciale, 77,8% din total, în timp ce croșetele au fost utilizate la doar 22,2% din protezele scheletate realizate (figura 12).

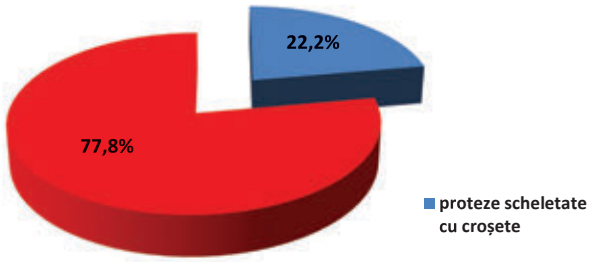


Figura 12. Tipuri de proteze scheletate

Toate protezele scheletate cu sisteme speciale au fost confecționate la pacienți de sex feminin. Din punctul de vedere al tipului de sistem special utilizat, s-a constatat folosirea culiselor, a capselor și a sistemelor de telescopare. Din totalul de proteze cu sisteme speciale 42,85% au fost cu culise, 42,85% cu capse și 14,3% cu telescoape.

Distribuția procentuală a tipului de sistem special utilizat în construcția protezelor scheletate este arătat în figura 13.Toate protezele scheletate au fost realizate la pacienți din mediul urban.

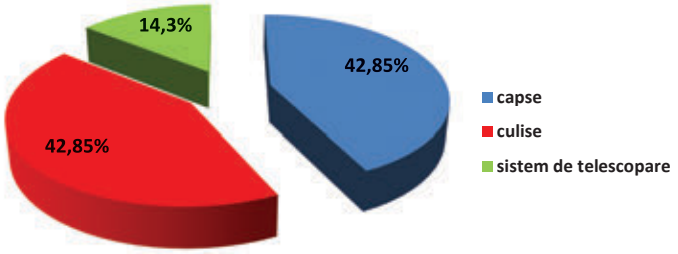


Figura 13. Tipul de sistem special

Analiza din punct de vedere statistic, folosind metoda Anova, a datelor obținute în urma studiului realizat, a relevat faptul că rezultatele obținute în ceea ce privește distribuția pe sexe a tipului de proteză mobilizabilă folosită pentru tratamentul edentației de clasa I sunt relevante statistic cu o valoare p de 0,0247612, p<0,05 (Tabel VI.).

Tabel VI. Semnificația studiului statistic referitor la tipul de proteză mobilizabilă

TESTUL CHI-PATRAT			
	Bărbați	**Femei**	**P**
Proteză parțială acrilică	6	15	**0,0247612**
Proteză parțială scheletată cu croșete	1	2	
Proteză parțială scheletată cu sisteme speciale	1	7	
	6,82	14,18	
	1,17	1,83	
	1,49	7,31	

Discuții

Edentația parțială este larg răspândită în rândul populației, atât în țara noastră, cât şi în străinătate. Studiile arată că adulții tineri prezintă mai ales edentații parțiale de clasa a III-a și a IV-a Kennedy, în timp ce edentațiile terminale, adică de clasa I și a II-a, sunt mult mai frecvente la pacienții în vârstă. S-a constatat că edentațiile de clasa I sunt mai des întâlnite la mandibulă față de maxilar [14,15]. În acord cu literatura internațională, studiul cuprins în această lucrare a relevat faptul că cele mai multe edentații sunt de clasa I, având în vedere că pacienții cuprinși în lotul analizat au avut vârsta de peste 40 de ani, iar cele mai multe edentații de clasa I au fost înregistrate la mandibulă.

Protezele parțiale mobilizabile, considerate în străinătate ca fiind mijloace de reabilitare protetică obişnuite şi ieftine [9], sunt mult utilizate în tratamentul edentațiilor parțiale în majoritatea țărilor europene şi în SUA, în pofida creșterii continue a utilizării implanturilor dentare [7,16,17],

☞

Multi-award winning

3D Printing Industry Awards 2018

Healthcare Application of the Year

CELLERANT
BEST OF CLASS
TECHNOLOGY AWARD
2018

NextDent
by 3D SYSTEMS

UN SUPER SISTEM DE PRINTARE 3D

Oferă pacientului tău mai multe variante ale restaurării finale inainte de a o face.

Printează 3 – 4 variante estetice in loc de o simplă provizorie.

Distribuitor oficial:
DENTATECH MEDICAL SOLUTIONS SRL
Email: sales@dentams.com; M +40 736 061 808

populația în vârstă fiind principala beneficiară. Urmărind identificarea celui mai frecvent tip de proteză mobilizabilă folosit în tratamentul edentațiilor parțiale, studiile realizate au avut concluzii diferite. Astfel, în 2009 în Wisconsin SUA, Pun găsește protezele scheletate ca fiind majoritare în rândul protezelor parțiale confecționate (4), în timp ce, în 2013, Carneiro arată că protezele parțiale acrilice sunt cea mai folosită variantă în cadrul Facultății de Medicină Dentară din Portugalia [18]. Janus, într-un studiu realizat, în anul 2007, printre medicii dentişti generalişti din Virginia, găseşte o prevalență a protezelor parțiale mobilizabile, în medie, de 28,7 pe an per medic [19].

Există trei posibilități clasice de protezare parțială mobilizabilă şi anume folosind proteza parțială acrilică, proteza scheletată cu croşete turnate sau proteza scheletată cu sisteme speciale. În timp ce proteza parțială acrilică poate fi considerată doar provizorie sau de tranziție, proteza scheletată reprezintă (exceptând varianta tratamentului implanto-protetic) tratamentul definitiv al unei edentații parțiale, mai ales terminale. Alegerea metodei de tratament protetic se face și în funcție de doleanțele pacienților și de așteptările pe care aceștia le au de la tratamentul stomatologic. Satisfacția pacienților în urma tratamentului reprezintă unul dintre principalele obiective ale oricărui medic dentist. În urma analizei doleanțelor pacienților în ceea ce priveşte protezele, Mori constată că cei mai mulți dintre ei doresc confort în purtarea lucrării protetice, în timp ce medicii care îi tratează consideră că cel mai important pentru pacienții lor este estetica restaurării protetice [20]. Téofilo, într-un studiu realizat în Brazilia, în 2007, ajunge la concluzia că pacienții consideră estetica şi disconfortul ca fiind cele mai mari beneficii şi, respectiv,riscuri ale tratamentului protetic [21]. Mori subliniază faptul că, pentru pacienți, croşetele metalice influențează cel mai mult aspectul estetic al restaurării protetice [20]. Studiul de față arată că toți pacienții cuprinși în lot au beneficiat de tratament prin proteze mobilizabile. Majoritatea protezelor confecționate au fost acrilice, mai ieftine, solicitând un timp mai mic pentru confecționare, dar fiind considerate mulțumitoare din punct de vedere estetic. Protezele scheletate, considerate superioare celor acrilice din punct de vedere al restaurării funcțiilor aparatului dento-maxilar și mai ales din punct de vedere al profilaxiei structurilor restante, au fost realizate la un număr mic de pacienți, probabil și din considerente materiale, ele fiind mai scumpe decât cele acrilice. Cabinetul de medicină dentară în care s-a realizat studiul referitor la tipul de tratament protetic folosit pentru restaurarea edentației de clasa I Kennedy se află în Pitești, oraș important al României, situat în județul Argeș, pacienții prezentați și tratați în cabinet, incluși în acest studiu, fiind atât din mediul urban cât și din mediul rural. Conform datelor furnizate de Comisia Națională de Statistică, județul Argeș, din punct de vedere al produsului intern brut pe cap de locuitor, se află pe locul 13 în țară și pe locul 6 în zona extracarpatică, după București, Ilfov, Constanța, Prahova și Gorj [22]. Totuși, PIB-ul pe cap de locuitor al acestui județ este situat la mai puțin de jumătate decât cel înregistrat în București-Ilfov [23].

Dintre toate posibilitățile de tratament a edentației de clasa I, proteza parțială acrilică este cea mai ieftină, atât în procesul de fabricare, cât și în cel de întreținere și reparare. Nivelul de trai din zona analizată poate fi un motiv al faptului că proteza acrilică a fost modalitatea de tratament preferată, alte motive putând să fie dotarea cabinetului de medicină dentară și a laboratorului, pregătirea profesională a medicului și a tehnicianului dentar, reticența pacienților la un tratament mai complex și mai costisitor. Dintre cele două tipuri de proteze scheletate, cele cu sisteme speciale sunt net superioare din punct de vedere estetic. S-a constatat că toate protezele scheletate cu sisteme speciale au fost realizate la pacienți de sex feminin, cerințele estetice ale acestora fiind mai mari decât cele ale pacienților de sex masculin.

Concluzii

Cei mai mulți pacienți din lotul analizat au fost de sex feminine, respectiv 63%. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 42 și 76 de ani, cu o medie de 59 de ani. Cei mai mulți pacienți aparțin intervalului de vârstă 50-60 de ani, respective 48,4%. Majoritatea pacienților sunt din mediul urban (69,35%). Cele mai multe edentații au fost mandibulare (54,28%). Edentațiile de clasa I au fost majoritare, adică 62,85%. Cele mai multe edentații de clasa I au fost înregistrate la mandibulă (56,8%). Cei mai mulți pacienți cu edentații de clasa I aparțin grupei 50-60 ani, respectiv 58,3%. Toți pacienții cu edentații de clasa I au fost protezați cu proteze mobilizabile. Protezele parțiale acrilice au constituit cel mai răspândit tratament protetic pentru edentațiile de clasa I, adică 75%. Toate protezele scheletate au fost realizate la pacienți ce provin din mediul urban. Cei mai mulți pacienți cu edentații de clasa I protezați cu proteze scheletate au fost de sex feminin (77,8%). Cele mai multe proteze scheletate au fost din cele cu sisteme speciale (77,8%). Toate protezele scheletate cu sisteme speciale au fost confecționate la pacienți de sex feminin. Sistemul special cel mai utilizat au fost sistemul de capse și sistemul de culise, fiecare reprezentând câte 42,85%. Deși catalogate ca proteze provizorii sau de tranziție, marea majoritate a pacienților cu edentație de clasa I Kennedy aparținând lotului analizat au beneficiat de tratament prin proteze parțiale acrilice, probabil din motive materiale, ele fiind considerate mulțumitoare, din punct de vedere estetic și funcțional, de către aceștia.

Bibliografie

1. Sadaf A, Yazdanie N, Ibrahim A Evaluation of oral function after removable partial denture therapy. Pakistan Oral and Dental Journal 2012; 32 (3):561-63.
2. Curtis DA, Curtis TA, Wagnild GW, Finzen FC. Incidence of various classes of removable partial dentures. J Prosthet Dent. 1992;67(5):664-7.
3. Al Moaleem MM, Somaili DM, Ageeli TA, Sultan M. Namis SM, Mobarki AH, Mohamed MS, Saib JA, Khurshid A. Matto KA. Pattern of Partial Edentulism and Its Relation to Age, Gender, Causes of Teeth Loss in Jazan PopulationAmerican Journal of Health Research 2016; 4(5): 121-6.
4. Devishree RA, Sangeetha S, Jain AR. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy's classification based on age, gender, and arch Drug Invention Today 2018; 10(1) :108-10.
5. Hunt RJ, Srisilapanan P, Beck JD Denture-related problems and prosthodontic treatment needs in the elderly. Gerodontics 1985; 1:226–30.
6. Jones SD, Turkyilmaz I, Garcia LT Removable partial dentures – treatment now and for the future. Tex Dent J 2010; 127(4):365-72.
7. Zitzmann N U, Hagmann E, Weiger R. What is the prevalence of various types of prosthetic dental restauration in Europe, Clinical Oral Implant Research, 2007; 18(s3):20-3.
8. Inukai M, Baba K, John MT, Igarashi Y. Does removable partial denture quality affect individual's oral health?. J Dent Res 2008; 87(8):736-39.
9. Moreno A, Haddad MF, Goiato MC, Rocha EP, Assunção WG, Filho HG, Dos Santos EG, Sonego MV, Dos Santos DM. Epidemiological Data and Survival Rate of Removable Partial Dentures. J Clin DiagnRes. 2016; 10(5): ZC84–ZC87.
10. Petras M, Sykaras N. Esthetic and functional combination of fixed and removable prostheses. Gen Dent 2012; 60(2):47-54.
11. Gonda T, Yang TC, Maeda Y. Five year multicenter study of magnetic attachments used for natural overdenture abutments. J Oral Rehabilit 2013; 40(4):258-62.
12. Furumoto H. Relationship between food mixing ability and oral health-related quality of life in partially edentulous patients. Kokubyo Gakkai Zasshi 2010; 77(1):7-13.
13. Koyama S, Sasaki K, Yokoyama M, et all. Evaluation of factors affecting

ARUM
5AXIS DIGITAL DENTAL SOLUTION

admdent
CAD/CAM MILLING CENTER

SOLUTII DIGITALE PENTRU IMPLANTURI

NR.CRT	DENUMIRE	PRET EURO
1	SURUBURI (TI6Al-4V ELI)	**5**
2	BAZE TITAN (TI6Al-4V ELI) - 2 SURUBURI INCLUSE	**30**
3	ANALOGI MODEL (Stainless Steel 303F)	**8**
4	SCAN BODY MODEL (Stainless Steel 303F)	**20**
5	SCAN BODY INTRAORAL (TI6Al-4V ELI)	**26**
6	PREMILLED BLANK 10D (TI6Al-4V ELI)	**19**
7	PREMILLED BLANK 14D (TI6Al-4V ELI)	**21**
8	SURUBELNITA CABINET	**35**

Preturile sunt exprimate in euro si nu contin TVA
Pentru detalii va rugam sa ne contactati!

Ploiesti, Str. Horia Nr. 38
Tel: 0745 309 286
Fax: 0244 593 251
e-mail: office@admdent.ro
web: www.admdent.ro

the continuing use and patient satisfaction with removable partial dentures over 5 years. J Prosthodont Res 2010; 54(2):97-101.
14. Jeyapalan V, Krishnan CS. Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes– A Literature Review. J Clin Diagn Res. 2015; 9(6): ZE14–ZE17.
15. Pellizzer EP, Almeida DA, Falcón-Antenucci RM, Sánchez DM, Zuim PR, Verri FR Prevalence of removable partial dentures users treated at the Aracatuba Dental School-UNESP.Gerodontology. 2012 Jun; 29(2):140-4.
16. Charyeva OO, Altynbekov KD, Nysanova BZ.Kennedy Classification and Treatment options: A Study of Partially Edentulous patients Being Treated in a Specialized Prosthetic Clinic. J. Prosthodont. 2012; 21(3):177-180.
17. Pun KD, Waliszewski MP, Waliszewski KJ, Berzins D. Survey of partial removable dental prosthesis (partial RPD) types in a distinct patient population. J Prosthet Dent 2011; 106(1):48-56.
18. Carneiro ACM, Correia ARA, Campos JCR, et al. Caracterizaçâo da desdentaçâo parcial numa amostra populacional de una Faculdade de Medicina Dentária. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirugia Maxilofacial 2013; 54(2):60-67.
19. Janus CE, Hunt RJ, Unges JV.Survey of prosthetic service provided by general dentists in Virginia. J Prosthet Dent 2007; 97(5):287-91.
20. Mori AT.Expectativas con relação aos resultatos dos tratamentos odontológicos, Dissertação de Masterado Facultade de Odontologia São Paolo 2003.
21. Téofilo LT, Leles CR. Patients' self–perceived impacts and prosthdontic needs at the time and after tooth loss, Braz. Dent. J., 2007; 18(2):91-6.
22.https://epitesti.ro/stiri/ economic/a-crescut-pib-ul-argesului-vezi-pe-ce-loc-e-judetul
23. http://www.economica.net/bucurestiul-crestere-economica-de-3-8prc-si-un-pib/locuitor-de-22-215-euro-in-2016_116958.html

AR-MEDICA®ro
Târg internaţional de medicină
EDIŢIA XXVI
7 - 9 noiembrie 2019
EXPO ARAD
Contact: Camera de Comerţ, Industrie şi Agricultură a Judeţului Arad
Telefon: 0257.208.800, Fax: 0257.254.200 E-mail: ccia@ccia-arad.ro

Abutment „à la carte!"

39€

- Abutment individualizat la angulația optimală
- Maximizarea rezultatului estetic implanto-protetic
- Rezolvarea situațiilor dificile
- Prețul include două şuruburi (unul pentru probă şi unul pentru ancorare definitivă)

Dr. Fischer DIGITAL LAB

Dr. Fischer Digital Lab, Bdul. Lacul Tei
Nr. 1 bis, Etaj 3, Sector 2, 020371 Bucureşti
Tel. fix : **021-316 1144** •
Tel. mobil: **0744 666 695, 0724 570 108**
contact@fischer-digital.ro -
www.fischer-digital.ro

:DENTEX
produse stomatologice

15 ANI

PRIMESCAN AC

Bucuraţi-vă de scanare.

Beneficiaţi de satisfacţie deplină

O alegere excelentă pentru rezultate remarcabile: Primescan este soluţia ideală pentru a păşi în lumea stomatologiei digitale. Indiferent cum doriţi să vă creaţi procesul de lucru, Primescan vă permite să alegeţi procedee de lucru digitale atât în cabinetul stomatologic cât şi cu partenerii dumneavoastră preferaţi.

Precizie

Noul scaner Primescan vă oferă nu doar un punct nou de vedere, ci un milion: noua funcţie Smart Pixel Sensor procesează mai mult de **1.000.000 de puncte 3D pe secundă,** generând date pentru imagini foto-realiste şi foarte precise. De fapt, Primescan este cel mai precis scanner de pe piaţă. Tehnologia de scanare dinamică în profunzime oferă o claritate perfectă şi precizie remarcabilă, chiar şi în zone adânci de până la 20mm – un avantaj absolut pentru preparaţii subgingivale.

Uşurinţa utilizării

Bucuraţi-vă de libertate în timpul scanării: Primescan vă permite să începeţi scanarea imediat. Este dotat cu sistem de auto-încălzire continuu anti-aburire – ceea ce înseamnă că sunteţi deja gata să începeţi scanarea. Zone greu accesibile? Materiale cu suprafeţe lucioase? Un lucru uşor pentru Primescan. Datorită câmpului vizual mărit, veţi avea posibilitatea de a vizualiza arii mai mari cu mai puţine unghiuri ascuţite şi precizie instantanee. Rezultatele excelente ale scanării sunt afişate imediat pe ecranul tactil al noii Unităţi de Achiziţie.

Rapiditate

Accelerați procesul de lucru: tehnologia unică a scanerului Primescan permite procesarea mai rapidă şi captarea mai uşoară a datelor la o rezoluţie foarte înaltă. Funcţia de procesare inteligentă din Primescan oferă posibilitatea scanerului de a interacţiona optim cu softul prin transmiterea de date strict necesare pentru procesare. Rezultatul: modele digitale 3D complete afişate imediat, indiferent cât de rapid scanaţi.

Uimitor până la cel mai mic detaliu:

Noua Unitate de Achiziţie este un computer creat pentru stomatologia modernă şi cu gândul la medicul stomatolog. Unitatea este dotată cu touchpad şi un ecran tactil mobil în format 16:9, oferind o interfaţă de lucru intuitivă şi ergonomică. Beneficiile dumneavoastră:

- Ecran tactil & touchpad pentru utilizare confortabilă şi intuitivă
- Mobilitatea ecranului pentru o poziţionare ergonomică perfectă
- Concept Smart Hygiene pentru dezinfectare uşoară şi rapidă
- Bateria internă oferă independenţă fără a fi necesară conectarea la priza electrică timp de >60 de minute

Primescan AC cu Software Connect:

- Permite opţiuni de transfer de date către partenerii preferaţi
- Transfer de date securizat şi encriptat prin Connect Case Center Inbox
- Upgrade uşor la sistemul complet de cabinet
- Interfaţă de utilizare intuitivă şi tactilă

Claritate perfectă în zone adânci de până la **20 mm**	Procesarea a mai mult de **1 milion** de puncte 3D pe secundă	Consolidarea a mai mult de **50 000 de imagini** pe secundă	**Transfer de date instant** către parteneri externi

Dentsply Sirona

www.dentex.ro, SUPORT: marius@dentex.ro • 0726.777.111

www.facebook.com/laboratordentex

ASIGA®

ASIGA AUTHORIZED RESELLER

admdent

CAD/CAM MILLING CENTER

ASIGA MAX UV

Continut pachet:
Printer Asiga MAX UV
Tava rasina
Rasina model 1L
Lampa polimerizare

MAX

DENTAL APPLICATIONS

	MAX	MAX
PIXEL SIZE X,Y	62 µm	62 µm
BUILD SIZE X Y, Z*	119 x 67 x 76mm*	119 x 67 x 76mm*
LIGHT SOURCE	385nm	405nm
Z RESOLUTION	VARIABLE IN 1 µm	
MATERIAL SYSTEM	OPEN - USE ANY 3rd PARTY MATERIAL	
FILE INPUTS	STL, SLC, STM	
SOFTWARE	COMPOSER INCLUDED (LIFETIME SOFTWARE UPDATES INCLUDED)	
NETWORK COMPATIBILITY	WIFI, WIRELESS DIRECT & ETHERNET	
INDUSTRY SECTORS	DENTAL LABORATORY, DENTAL CLINIC	
SYSTEM SIZE	260 x 380 x 370mm	
SYSTEM WEIGHT	16.5Kg	
PACKAGED SIZE/WEIGHT	410 x 500 x 480mm / 19Kg	
POWER	12VDC 10A	

Pentru detalii/rezervari va rugam sa ne contactati!

Ploiesti, Str. Horia Nr. 38
Tel: 0745 309 286
e-mail: office@admdent.ro
web: www.admdent.ro

RASINI ASIGA

admdent
CAD/CAM MILLING CENTER

DentaBASE

Color:PinkApplications:
Denture base
Printer compatibility:385nm and 405nm

PRET 250 USD

DentaTOOTH

Color:Available in A1, A2, A3Applications:
Temporaries
Crown and bridge
Printer compatibility:385nm and 405nm

PRET 350 USD

DentaFLEX

Color:Pink / ClearApplications:
Indirect bonding trays
Gingiva
Printer compatibility:385nm
* Color change material

PRET 175 USD

DentaCLEAR

Color:ClearApplications:
Splints
Surgical guides
Custom impression trays
Printer compatibility:385nm

PRET 175 USD

DentaCAST

Color:TurquoiseApplications:
Partial frameworks
C&B pressing / casting
Printer compatibility:385nm and 405nm

PRET 175 USD

ASIGA®
ASIGA AUTHORIZED RESELLER

Pentru detalii/rezervari va rugam sa ne contactati!

Ploiesti, Str. Horia Nr. 38
Tel: 0745 309 286
e-mail: office@admdent.ro
web: www.admdent.ro

„Ador zâmbetul tău” – reconstrucție minim invazivă a dinților anteriori

O combinație între printare 3D, tehnica de presare și cimentare adezivă

Un articol de Dr. Mauricio Umeno Watanabe, Birigui / Brazilia

Traducere din Reflect Magazine - 2018

“I love your smile” – minimally invasive reconstruction of anterior teeth

A combination of 3D printing, press technique and adhesive bonding

Abstract

Ceramic veneers present a popular minimally invasive treatment option to restore a person’s smile. Dental materials and techniques are being enhanced all the time. As a result, the fabrication processes are also changing. The successful adhesive bonding technique is consistently being optimized, for example, in terms of its handling.

Key words: all-ceramic veneers, minimally invasive preparations, upper teeth, adhesive cementation, 3D printing, scanning, pressing.

Rezumat

Fațetele ceramice reprezintă o opțiune populară de tratament minim invaziv pentru restaurarea zâmbetului unei persoane. Materialele și tehnicile dentare avansează continuu. În consecință, procesele de fabricare sunt și ele în schimbare. Tehnica de colare adezivă este optimizată consistent, ca de exemplu pașii protocolului de lucru.

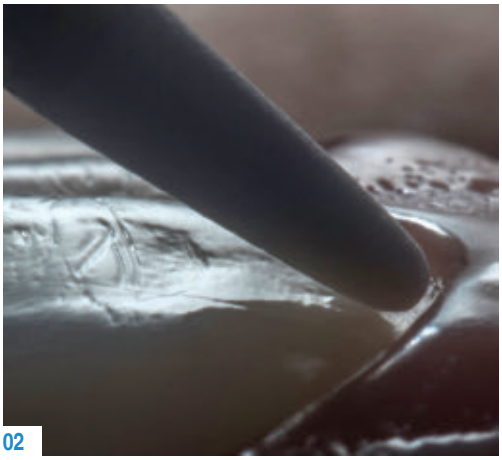
Cuvinte cheie: fațete integral ceramice, preparații minim invazive, arcada maxilară, fixare adezivă, printare 3D, scanare, presare.

Un număr crescând de pacienți se adresează medicilor lor stomatologi cerându-le un zâmbet nou, cu dinții aliniați pe arcadă. Adițional acestei cerințe cosmetice pacienții își doresc, de obicei, să le fie păstrată cât mai mult din substanța dentară indemnă. Așadar, dinții ar trebui să fie preparați conform principiilor prezervării substanței dentare, fără a face compromisuri privind proprietățile estetice. Acest echilibru poate fi atins cu ajutorul materialelor ceramice moderne – în combinație cu tehnicile de cimentare adezivă. Prin urmare, pentru echipa dentară, este importantă selectarea materialului ce întrunește optim cerințele funcționale și estetice ale planului de tratament. Dinții trebuiesc preparați cu mare atenție. Restaurările sunt adaptate zâmbetului cu fler artistic, luându-se în calcul principiile rapoartelor estetice ale proporțiilor. La final, restaurările sunt cimentate adeziv respectându-se principiile tehnicii colării adezive. Provocarea constă în a găsi calea de a fabrica fațete ultra-subțiri, care să demonstreze rezistența mecanică și stabilitatea adecvate. Mai mult, este importantă stabilirea unei legături adezive solide între structurile dentare preparate și piesele protetice prin intermediul protocolului sensibil al tehnicii adezive. Spre a asigura rezultate pozitive pe termen lung, este recomandabil să utilizăm produse armonizate optim.

Materialele

Proprietățile optice ale materialelor ceramice moderne (de ex. IPS e.max Press) sunt foarte asemănătoare celor ale smaltului dentar natural. De aceea, fațetele ceramice sunt capabile să emuleze proprietățile de translucență ale dinților naturali și să asigure transmisia optimă a luminii. Mai mult, datorită proprietăților mecanice excelente ale IPS e.max Press, pot fi produse restaurări foarte fine cu o grosime minimă de 0,3mm. Astfel, întrucât trebuie îndepărtat foarte puțin din structurile dentare naturale, pot fi întrunite solicitările de tratamente minim invazive ale pacienților.

01



02

03

04

01 - *Situația inițială. Pacienta își dorea dinți maxilari mai atrăgători.*

02 şi 03 - *Preparații minimale ale marginilor cervicale cu pietre de Arkansas.*

04 - *Dinții preparați pentru fațete.*

Rezistența mecanică finală a fațetelor este obținută prin adeziunea ridicată la structurile dentare (cimentare adezivă).
În acest stadiu, factorul decisiv este procedura utilizată pentru fixarea fațetelor (protocolul adeziv). Ceramicile pe bază de silicați din sistemul IPS e.max sunt armonizate cu cimentul adeziv Variolink Esthetic. Primerul ceramic uni-component Monobond Etch & Prime, găsit în sistemul de cimentare adezivă, gravează și silanizează suprafețele ceramice într-un singur pas simplu și ușor. Mai mult, gravajul este mult mai blând comparativ cu cel realizat de acidul fluorhidric.

Studiu de caz
Pacienta își dorea să aibă un front maxilar mult mai atrăgător (Fig.1). Avea un aspect îngrijit și dinți sănătoși. Oricum, tânăra era nemulțumită de forma dinților ei maxilari.
I se păreau prea înguști. A cerut dinți cu un aspect mai puternic, cu forme mai îndrăznețe, care să îi confere un zâmbet armonios.

După prima consultație și-a ales opțiunea fațetării. Acest caz a fost provocator. Pe de o parte, acești dinți indemni trebuiau preparați cât mai puțin posibil. Pe de altă parte, trebuiau îndeplinite cerințele pacientei fără a supracontura dinții. Astfel, am ales să utilizăm fațete ultra-subțiri.

Prepararea
Cu ajutorul unui modelaj diagnostic în ceară al regiunii vestibulare maxilare de la 1.5 la 2.5 s-a stabilit întâi un plan estetic și funcțional. Apoi am început faza de tratament estetic. Scopul principal al preparațiilor era acela de a obține un spațiu uniform egal pentru fațetele ceramice legat de rezultatul dorit. Întrucât în acest caz dinții trebuiau măriți ușor, a fost necesară o preparare minimă a fețelor vestibulare. Spre a preveni supra conturarea limitelor și riscul gingivitei, utilizând pietre de Arkansas am preparat un minim prag (Fig.2 la 4).

05

06

07

08

09

10

05 - *Fațete printate din rășină sintetică.*

06 și 07 - *Ajustări manuale în ceară ale fațetelor printate.*

08 - *Atașarea tijelor de ceară.*

09 - *Montarea pe conformator în vederea presării.*

10 - *Fațetele finisate pe model.*

Fabricarea fațetelor în laborator

IPS e.max Press este un material excelent pentru confecționarea fațetelor. În prima fază a fabricării am utilizat tehnologia digitală. Modelul master a fost scanat și digitalizat astfel. Apoi, utilizând programul de CAD au fost modelate fațetele ultra-subțiri. Acestea au fost apoi printate 3D dintr-o rășină sintetică ce arde fără reziduuri. Fațetele printate având o grosime minimă de 0,3 mm au oferit baza ideală pentru modelarea manuală a fațetelor finale (Fig.5). A trebuit aplicată foarte puțină ceară pentru a obține proporțiile ideale. Ajustările de formă cu ceară au fost făcute, în special, pe zona proximală și incizală. Scopul a fost acela de a crea un aspect uniform al suprafețelor vestibulare de la 1.5 la 2.5 (Fig. 6 și 7).

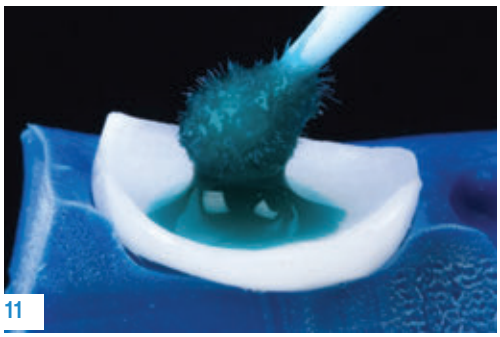
Avantajele printării fațetelor au devenit evidente în decursul preparării pieselor protetice pentru procedura de presare: prin comparație, acestea sunt mai stabile, fapt care facilitează procesul de montare a tijelor de presare. Am ambalat piesele protetice și le-am presat (IPS e.max Press), după care le-am dezambalat în mod convențional (Fig. 8 și 9). Am redus pașii de fabricare ai fațetelor delicate. Apoi, am polișat fațetele și le-am trimis la cabinetul dentar (Fig. 10).

Cimentarea adezivă

În cabinet, întâi s-a efectuat proba fațetelor, evaluându-le din punctul de vedere al nuanței de culoare și al translucenței. În acest scop sunt recomandate pastele de încercare hidrosolubile pe bază de glicerină. Nuanța lor coloristică corespunde cu nuanța de culoare a pastelor de cimentare propriu-zise. Astfel, aceste paste de încercare permit efectuarea unei evaluări estetice de încredere. După curățarea dinților și fațetelor, acestea au fost probate una câte una separat – la început, iar apoi au fost probate împreună.

Procedura cimentării adezive a restaurărilor integral ceramice este tehnic-senzitivă. Pentru a obține o adeziune solidă pe termen lung, este de maximă importanță să pregătiți acest pas cu atenție și să aplicați întocmai protocolul de cimentare. Pentru condiționarea pieselor protetice integral ceramice s-a utilizat primerul ceramic mono-component Monobond Etch & Prime. Primerul a fost aplicat prin frecare timp de 20 de secunde la nivelul suprafeței de contact cu ajutorul unei micro pensule pentru a îndepărta saliva sau reziduurile de silicon (Fig.11).
Pe parcursul celor 40 de secunde – (timpul propriu-zis de acțiune) acidul a decapat suprafața și a produs o matrice de gravaj. Apoi, primerul este spălat cu jet de apă iar restaurarea uscată cu jet de aer timp de 10 secunde.

După aceea, începe reacția dintre silan și ceramica vitroasă. Aceasta se concretizează în formarea unei pelicule fine de silan cuplat, ce asigură o adeziune puternică și sigură la substanța dentară. Un beneficiu adițional oferit de Monobond Etch & Prime este faptul că produsul gravează acid și silanizează într-un singur pas. Acest fapt simplifică procedura propriu-zisă de cimentare și crește eficiența.


11

11 - *Aplicarea de Monobond Etch & Prime.*

După prepararea suprafețelor dinților în conformitate cu cerințele tehnicii adezive, fațetele au fost cimentate definitiv cu un ciment rășinic fotopolimerizabil (Variolink Esthetic LC, nuanța Light) (Fig. 12 și 13). Materialul oferă o combinație echilibrată de proprietăți ca fluiditate și stabilitate, aspecte care facilitează manipularea. De aceea, fațetele pot fi fixate cu un efort comparativ mic. Apoi, a fost îndepărtat excesul și s-a efectuat fotopolimerizarea finală. Interfața dintre restaurare și preparație a fost acoperită cu gel pe bază de glicerină (Liquid Strip). În ultimul pas al fixării s-a efectuat finisarea marginilor.

Rezultatul

Scopul planificat a fost atins cu fațete ceramice (Fig.14). Frontul superior maxilar are un aspect mult mai puternic – așa cum s-a dorit – iar dinții sunt cumva și mai luminoși.
Fațetele se armonizează cu mediul oral și cu trăsăturile faciesului tinerei paciente. Țesuturile moi s-au adaptat foarte bine noii situații. Dorințele pacientei au fost îndeplinite: un zâmbet nou cu sacrificiu minim de substanță dentară (Fig. 15).

12

13

12 şi 13 - *Cimentarea unei fațete.*

14 - *Situația după fixare. Toate fațetele au fost cimentate definitiv.*

15 - *Pacienta mulțumită. Dorințele ei au fost îndeplinite prin restaurări minim invazive.*

Concluzie

Materialele ceramice moderne precum IPS e.max Press permit restaurarea dinților prin tehnici minim invasive. Pot fi produse chiar și fațete foarte subțiri (grosime minima de 0,3 mm). Restaurările integral ceramice sunt fixate cu material de cimentare rășinice potrivite Variolink Esthetic.

Primerul mono-component pentru ceramică vitroasă oferă posibilitatea gravării și silanizării suprafețelor ceramice într-un singur pas. Ca urmare, este necesar un singur protocol pentru difertitele tipuri de ceramici. Acest aspect ușurează semnificativ procedurile cotidiene din cabinetul dentar și cresc eficiența de lucru în cabinet.

Distribuitori autorizați Ivoclar Vivadent:

Dent Distribution Grup
Str. Logofăt Tăutu nr. 66, Sector 3
București, Tel. 021 308 57, 51
office@dentdistribution.ro,
www.dentdistribution.ro

Doriot Dent
Str. Barabas Bela nr. 18 A,
Arad, Tel. 0257 254 638
office@doriotdent.ro
www.doriotdent.ro

Plurifarm Dent
B-dul. Prof. Dr. Gh. Marinescu,
nr. 43, Sector 5, București,
Tel: 0 21 316 22 25
office@plurifarmdent.ro

Tiana Dent
Str. Tudor Arghezi nr 7, Sibiu,
Tel. 0756 163 143
tianadent@gmail.com
www.tianadent.ro

Dr Mauricio Umeno Watanabe
Rua São José, 648
16200-103 Birigui/São Paulo
Brazil
mauriciowatanabe@yahoo.com.br

Comunicat de Presă

Schaan (FL) și Köln (D) – 11 Martie 2019

3s PowerCure: Arta eficienței în restaurările posterioare

Estetică, calitate ridicată și eficiență: Noile materiale compozite le fac posibile

Tehnica inserării în straturi este foarte consumatoare de timp, mai ales când avem de a face cu cavități de mari dimensiuni. Medicii stomatologi pot reduce acum timpul de tratament cu mai mult de jumătate, atingând aceeași estetică și funcționalitate. Sistemul de produse 3s PowerCure este cheia îmbunătățirii eficienței.

Mulți medici stomatologi ar aclama o alternativă eficientă la tehnica complexă multi-strat.
Ei doresc un material compozit care să simplifice tratamentul și durata acestuia, oferindu-le o siguranță mai mare în timpul lucrului. Acest lucru se aplică cu precădere în cazul restaurărilor de mai mari dimensiuni ale dinților definitivi pe zona laterală, în cavități de clasa I si a II a.
3s PowerCure oferă soluția: Produse coordonate optim între ele pentru proceduri restaurative directe, care permit obținerea extrem de eficientă a restaurărilor estetice de calitate ridicată în zona laterală.

Protocol simplificat de aplicare
3s PowerCure este un sistem deschis de produse. Sistemul adeziv mono-component
Adhese Universal, lampa de fotopolimerizare inteligentă și înalt performantă Bluephase PowerCure, compozitele de 4 mm per strat: Tetric PowerFill de consistență sculptabilă și Tetric PowerFlow compozitul de consistență fluidă – cele mai recente inovații de la Ivoclar Vivadent – sunt părți componente ale acestui sistem de produse.
Extinderea grosimii stratului de compozit până la 4 mm reduce semnificativ numărul pașilor de tratament necesari.

Aceleași rezultate estetice ca și cu materialele compozite convenționale
Compozitele create pentru obturarea cavităților în straturi groase sunt adesea foarte translucente. Fotoinițiatorul Ivocerin a deschis calea pentru dezvoltarea materialelor compozite estetice pentru zona laterală Tetric PowerFill și Tetric PowerFlow. Aceste compozite pentru 4 mm oferă nivele de transuciditate asemănătoare smalțului și dentinei. Acest fapt vă permite să obțineți - pe zona laterală - rezultate cu aceeași estetică ca și cea obținută utilizând materiale compozite convenționale. Adițional, aceste material pot fi fotopolimerizate dinspre ocluzal în doar 3 secunde cu noua lampă de fotopolimerizare Bluephase PowerCure.

Lampa de fotopolimerizare inteligentă
Bluephase PowerCure încorporează noua generație de lămpi de fotopolimerizare. Este cea mai inteligentă lampă Bluephase care a existat vreodată. Datorită sistemului automat de asistență, lampa detectează automat mișcările neintenționate ale pistolului din timpul procedurilor de fotopolimerizare. Alertează operatorul prin vibrații despre utilizarea improprie si extinde automat timpul de expunere. Dacă mișcarea accidentală de deplasare împiedică polimerizarea corectă a materialului, lampa va întrerupe automat ciclul de fotopolimerizare, care poate fi repetat corect.

Experimentați diferența
Pe scurt: Mai puține straturi. Timpi mai scurți de expunere. Sistemul de produse pentru restaurări laterale estetice 3s PowerCure reduce riscul erorilor de aplicare și al fotopolimerizării insuficiente. Medicii vor sesiza imediat diferența.

Bluephase®, Tetric® and Adhese ® sunt mărci înregistrate ale Ivoclar Vivadent AG.

Fig.: Noul sistem de produse 3s PowerCure de la Ivoclar Vivadent vă permite să obțineți restaurări estetice pe zona laterală având o eficiență ridicată.

Pentru mai multe informații:

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstrasse 2
9494 Schaan/Liechtenstein
Tel.: +423 235 35 35
Fax: +423 235 33 60
E-mail: info@ivoclarvivadent.com
www.ivoclarvivadent.com

Contact Media:

André Büssers
Public Relations Manager
Ivoclar Vivadent AG
Bendererstrasse 2
9494 Schaan/Liechtenstein
Tel.: +423 235 36 98
Fax: +423 235 36 33
andre.buessers@ivoclarvivadent.com

Folosim experiența noastră în sisteme digitale CAD CAM pentru a oferi laboratorului tău cele mai bune servicii de frezare, imprimare 3D și laser metal fusion.

Radu Macovei, General Manager

DENTAL DIRECT

Centru de frezare
Laser Metal Fusion
Imprimare 3D

Structuri **CoCr**

Element CoCr	de la 5 €
Bont personalizat	de la 5 €
Proteză scheletată	de la 60 €

Structuri **zirconiu**

Cape zirconiu, in-lay, on-lay, DCR, bont	de la 15 €
Zirconiu monolitic, weisser (translucent)	de la 18 €
Zirconiu ultra-translucent	de la 25 €
Fațete (ultra-translucent)	de la 25 €

Alte structuri

PMMA	de la 5 €
Ceara	de la 3 €

TRUMPF
BEGO
MEDIT
DGSHAPE by Roland
Nacera
Direkt

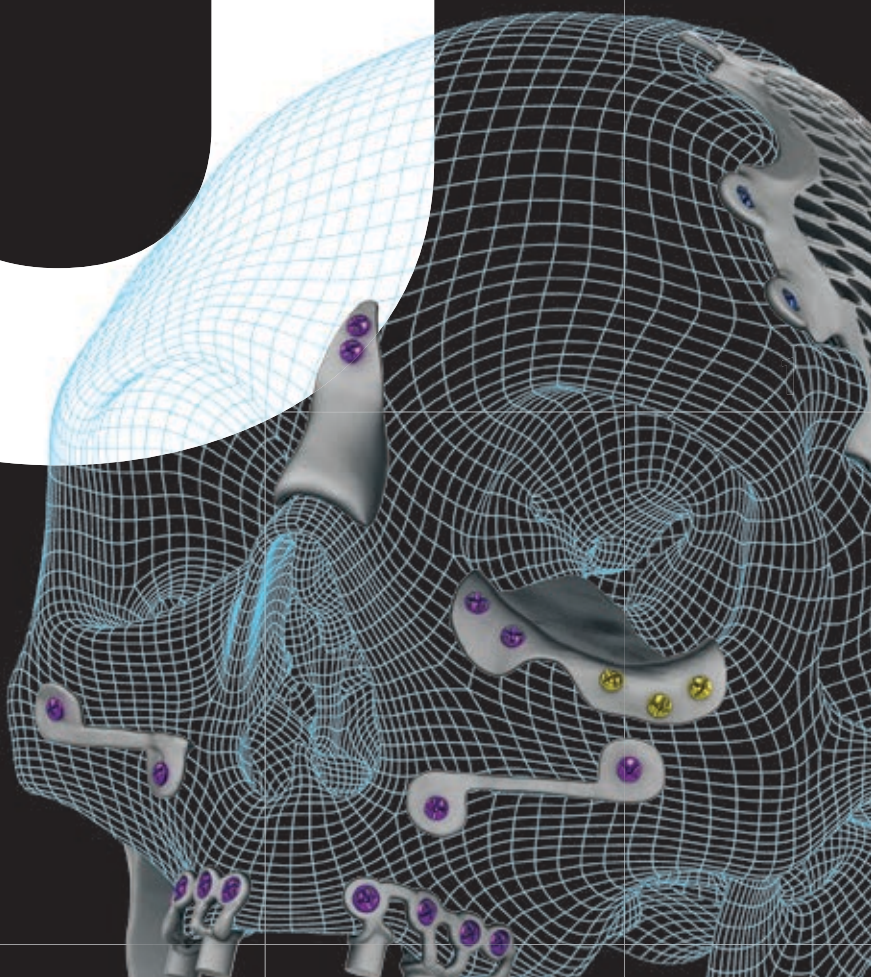
Sună acum la 0771 171 571 pentru oferta completă!

DENTAL DIRECT

Iași, str. Petru Movilă nr. 59 | 0372-744 663 | office@dentaldirect.ro | www.dentaldirect.ro

3D LASER SINTERING
ADDITIVE MANUFACTURING
CUSTOMIZED IMPLANTS SYSTEM

UNIQUELY U



AB
Superior Implant Technology

UNIQUELY U

3D LASER SINTERING/ADDITIVE MANUFACTURING CUSTOMIZED IMPLANTS SYSTEM

"IMPLANTURILE SUBPERIOSTALE POT FI OSTEOINTEGRATE ŞI FUNCŢIONEAZĂ CA O SINGURĂ UNITATE ÎN COMPARAŢIE CU VECHILE DISPOZITIVE SIMILARE DE IMPLANTURI CONVENŢIONALE ENDO-OSOASE"

Prof. Zvi Schwartz

A.B. Dental, noul sistem de implanturi personalizat, reprezintă punctul culminant al iniţiativei tehnologice din domeniul nostru, combinând cea mai recentă tehnologie de printare laser 3D cu serviciul de ghidare ABGuidedService. ABGuidedService, este un serviciu unic, computerizat, exclusiv şi brevetat A.B.Dental pentru planificare, ce permite medicilor dentişti să planifice proceduri de restaurare dentară şi facială cu o precizie extraordinară.

SOLUŢIE TEHNOLOGICĂ

Metodele deja existente de producere a implanturilor nu permiteau controlul la nivel Nano şi energia de suprafaţă corectă de pe care noi o căutam.
Am fost astfel determinaţi să creem de la zero - să construim un implant conform unui design precis, fără să facem compromisuri.

Noul sistem de implanturi personalizat oferă o soluţie eficientă şi personalizată de restaurare, în mod special pentru cazurile clinice deosebit de complexe, unde implanturile convenţionale nu sunt o opţiune potrivită. Aceste implanturi de vârf sunt proiectate şi realizate individual pentru pacienţii care necesită reconstrucţie mandibulară şi / sau reconstrucţie maxilo-facială din cauza unor desfigurări sau a unei pierderi masive de os cauzate de cancer, de traumatisme severe sau de alte afecţiuni medicale.

Cercetarea noastră ne-a dus către printarea 3D, o nouă tehnică de fabricaţie care nu a mai fost folosită niciodată pentru a produce astfel de implanturi dentare.
Pentru prima dată, am produs o formă din praf de titan, printr-un proces secvenţial de stratificare care ne permite o precizie fără precedent.

- A.B.Dental România - Reprezentanţă a firmei producătoare AB Dental Devices LTD Israel, este aliniată alături de echipa AB din întreaga lume, pe aceleaşi coordonate de tehnologie performantă şi înaltă calitate. Reputaţia sistemului, dezvoltată pe bazele solide ale cercetării clinice, materialelor cele mai performante şi preciziei micronice este certificată prin cele mai prestigioase atestate de calitate: ISO, CE, FDA, Health Canada si Russian Federation.
- A.B.Dental România este dedicată necondiţionat de 20 de ani, partenerilor medici stomatologi şi chirurgi care au ales sistemul, atât datorită preciziei sale, dar şi confortului pe care îl au ştiind că aportul A.B.Dental nu se încheie cu furnizarea produselor cerute, ci continuă cu o permanentă informare asupra noutăţilor, suport logistic şi traning, consultanţă şi diverse acţiuni de follow-up.
- Reprezentanţa oficială A.B.Dental în România prezintă cea mai bogată gamă de implanturi dentare şi accesorii specifice chirurgiei stomatologice, fiziodispensere, substituenţi osoşi, truse chirurgicale, freze, dispozitive de amprentare, accesorii şi instrumente specifice implantologiei. Compania oferă cursuri de implanturi dentare, sesiunile fiind conduse de către Dr. Chirurg Lorelei Nassar împreună cu medici renumiţi şi specializaţi în implantologie dentară.
- **Descoperă cum se pun implanturile dentare direct de la profesioniştii în implantologie!**

Pentru informaţii şi înscrieri vă rugăm să ne contactaţi la:
AB Dental România
Telefon 0751.088.281, 021.312.59.51
Str. Puţul lui Zamfir Nr. 16, Sector 1, Bucureşti, 011683
office@abdental.ro; www.abdental.ro; https://www.facebook.com/AB.Dental.Romania/

DENTA

Expoziție internațională de produse și echipamente pentru medicină și tehnică dentară

5 - 7 DECEMBRIE 2019

ROMEXPO

www.denta.ro

EXPOZIȚIE CU VÂNZARE

Organizator:

Co-organizator:

CAMERA DE COMERȚ ȘI INDUSTRIE ROMÂNĂ

Restabilirea dimensiunii verticale de ocluzie prin utilizarea articulatorului semiadaptabil și a măsurătorilor cefalometrice la pacienții edentați total cu pierdere verticală severă

As. Univ. Dr. Pintilie Ingrid Ioana*, Dr. Dăscălescu Daniela**, Șef Lucr. Dr. Cristache Corina***; *UMF "Carol Davila" – București, Disciplina Protezare Totală,
CMI Dr. Dăscălescu Daniela, * UMF "Carol Davila" – București, Disciplina Tehnică Dentară

Restoring severe loss of vertical dimension of occlusion using semi adjustable articulator and cephalometric measurements in the treatment of edentulous patients

Abstract

The difficulties encountered in restoring the vertical dimension of occlusion in edentulous patients with severe vertical loss have led to the need to use a working protocol to allow for an optimal resizing. Combining investigative and diagnostic procedures, such as profile teleradiography and axiography, along with the use of specific computerized analysis programs, offers the opportunity to translate this value into practice by a controlled elevation of the incisal pin of the articulator and opening around the axis of pure rotation, starting from the vertical dimension of occlusion of old prostheses. The article proposes a protocol for assessing the need of vertical resizing that includes an aesthetic evaluation of some old photos with the patient's face and smile with his natural teeth, a cephalometric analysis adapted to the edentulous patient, the decision to raise the incisal pin of the articulator based on the tables that correlate the cephalometric values with the progressive elevation in the incisal pin and making the vertical resizing primary by modifying the old prostheses of the patient, performed on the semi adjustable articulator.

Keywords: vertical dimension of occlusion, cephalometric analysis, edentulous patient, semi adjustable articulator, severe vertical loss

Rezumat

Dificultățile întâmpinate în restabilirea dimensiunii verticale de ocluzie la pacienții edentați total cu pierdere verticală severă au condus la necesitatea utilizării unui protocol de lucru care să permită estimarea unei valori optime a redimensionării. Combinarea unor proceduri de investigație și diagnostic, precum teleradiografia de profil și axiografia, împreună cu utilizarea programelor computerizate specifice de analiză, oferă posibilitatea de a transpune în practică această valoare printr-o înălțare controlată la nivelul pinului incizal al articulatorului și deschiderea în jurul axei de rotație pură, pornind de la dimensiunea verticală de ocluzie a protezelor vechi. Articolul propune un protocol de evaluare a necesității de redimensionare verticală care include o evaluare estetică a fotografiilor vechi cu fața și zâmbetul pacientului din perioada de dentat, o analiză cefalometrică adaptată edentatului total, decizia de înălțare la nivelul pinului incizal al articulatorului orientată conform tabelelor de corespondență a valorilor cefalometrice cu înălțarea progresivă la nivelul pinului incizal și realizarea redimensionării verticale prin modificarea inițială a protezelor vechi ale pacientului, realizată pe articulatorul semiadaptabil.

Cuvinte-cheie: dimensiune verticală de ocluzie, analiză cefalometrică, edentat total, articulator semiadaptabil, pierdere severă a DVO.

Introducere

Restabilirea dimensiunii verticale de ocluzie (DVO) la pacientul edentat total reprezintă un aspect esențial și dificil al tratamentului acestor pacienți, care au pierdut dimensiunea verticală care le era asigurată de suportul vertical oferit de arcadele dentare naturale. În majoritatea cazurilor pacienții purtători vechi de proteze totale prezintă o reducere accentuată, patologică a DVO asociată cu tulburări musculare, simptomatologie articulară, dar și cu tulburări funcționale în timpul masticației și fonației (1). Nefiind disponibilă o metodă științifică unică de determinare a DVO corecte, stabilirea acesteia depinde de experiența și judecata medicului dentist (2). Determinarea DVO se poate face prin metode funcționale, analiza proporțiilor estetice ale feței și măsurători cefalometrice, pentru fiecare din aceste categorii existând o varietate de metode propuse în literatură, iar medicul este cel care decide modalitatea de a obține o evaluare cât mai exactă a unei DVO optime pentru pacient.

Prin metode funcționale se încearcă determinarea dimensiunii verticale de repaus fiziologic. DVO ar trebui să se afle la o dimensiune cu 2-4 mm mai mică față de dimensiunea verticală a stării de repaus, această distanță interocluzală măsurată în zona premolarilor fiind denumită spațiu de inocluzie fiziologică ("freeway space") (3). Totuși, poziția de repaus nu este constantă. Mai mulți autori (4-6) consideră că un concept al unei poziții de repaus stabile nu este susținut. Ei au observat că poziția de repaus este influențată de: poziția capului, pierderea dinților, postura limbii, postura buzelor, necesitățile respiratorii, tensiunea emoțională, somn, caracteristici ocluzale, durere și vârstă. Slavicek argumentează că această poziție de repaus este de fapt o poziție de pregătire pentru funcție, ea adaptându-se permanent poziției ocluzale oferite (7). Studii recente au sugerat că poziția de repaus este modificată de: interferențe ocluzale, disfuncție temporomandibulară, stres psihosocial, variație diurnă, obstrucția nazală și poziția capului (8-10).

Această poziție depinde de sistemul neuromuscular, care are o mare posibilitate de adaptare la variațiile mediului, ceea ce face dificilă obținerea unei valori precise și reproductibile având ca element de reper un răspuns funcțional sau neuromuscular (11). De asemenea, spațiul de inocluzie fiziologică prezintă și el variații atât la același pacient, cât și de la un pacient la altul și ne putem doar orienta după o medie (12,13).
Măsurătorile proporțiilor estetice ale feței pot fi utile în stabilirea DVO la pacientul edentat total, precum și comparația cu fotografii vechi ale pacientului, aceste evaluări fiind totuși orientative, având în vedere compensarea țesuturilor moi faciale și modificările de tonus ale buzei și mentonului. Mai multe studii au arătat lipsa de exactitate a măsurătorilor realizate pe marcaje tegumentare, comparativ cu măsurătorile realizate între repere osoase (14,15).

Având în vedere atât dificultățile de evaluare a DVO optime pentru pacient, cât și de estimare a pierderii de dimensiune verticală, cu necesitatea de a recupera această pierdere printr-o redimensionare obținută cu noile proteze, am considerat utilă individualizarea acestor proceduri pentru cazurile cu pierdere semnificativă a dimensiunii verticale. Astfel, la asemenea cazuri, propunem utilizarea unei analize cefalometrice adaptate edentatului total (16), a unei analize estetice pe baza fotografiilor pacientului din perioada de dentat, precum și utilizarea articulatorului semiadaptabil pentru ca mărirea DVO să poată fi realizată controlat, prin deschidere în jurul axei balama terminale, cu valorile de deschidere stabilite precis la nivelul pinului incizal.

Protocol de evaluare a pacientului edentat total în vederea redimensionării verticale

➢ Evaluare estetică după metoda descrisă de Ricketts, cu măsurarea proporțiilor faciale din perspectivă frontală și sagitală, atât pe o fotografie veche, cât și pe o fotografie actuală, pentru orientarea asupra tipologiei faciale și a posibilelor compensări dento-alveolare sau a compensărilor prin variațiile individuale ale dimensiunii verticale care a existat în perioada de dentat;
➢ Identificarea axei de rotație și marcarea pe tegument cu un marker de plumb a punctului Axis stâng pentru a fi vizibil pe teleradiografia de profil (Fig. 1);
➢ Fixarea pe suprafața ocluzală a protezei inferioare a unei folii de staniu pentru ca direcția planului de ocluzie să fie vizibilă pe teleradiografia de profil (Fig. 1);

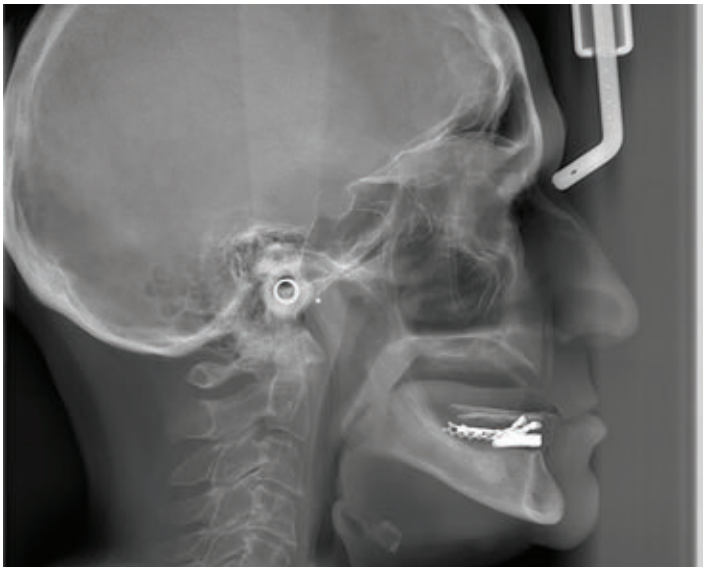


Fig. 1 Teleradiografie de profil realizată după identificarea prin condilografie a axei de rotație pură și marcarea punctului Axis stâng cu marker de plumb pe tegument. Direcția planului de ocluzie al protezelor vechi este și ea vizualizată pe teleradiografie prin fixarea unei folii de staniu pe suprafața ocluzală a protezei vechi inferioare.

➢ Realizarea unei teleradiografii de profil în intercuspidare maximă cu protezele vechi (Fig. 1 și 2a);

Fig. 2a Marcarea contururilor osoase și a punctelor de reper pentru analiza cefalometrică la o pacientă cu micșorare a DVO și decompensare sagitală către o relație scheletală Clasa a III-a.

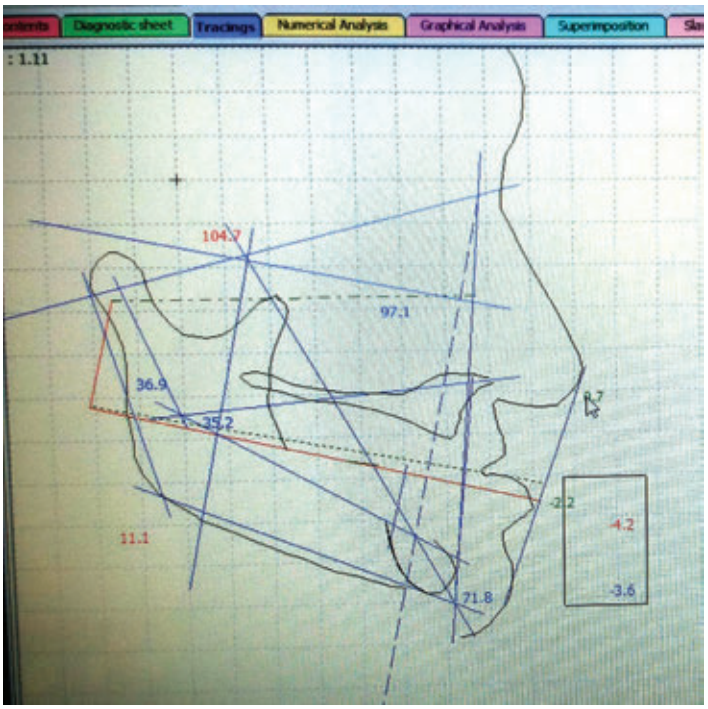


Fig. 2b Analiza cefalometrică computerizată la aceeași pacientă în programul Cadiax 4, GAMMA Dental Software®.

➢ Realizarea măsurătorilor cefalometrice adaptate edentatului total (16) (Fig 2a și b);
➢ Stabilirea diagnosticului scheletal vertical (utilizând unghiul FMA, unghiul ANS-Xi-Pm, unghiul ANS-Xi-D, arcul mandibular, unghiul goniac, unghiul goniac anterior și indexul înălțimii faciale);
➢ Stabilirea diagnosticului scheletal sagital (utilizând unghiul ANB, unghiul SND, unghiul axei faciale);
➢ Evaluarea nivelului și înclinării planului de ocluzie în zona laterală – într-o orientare după valori medii, direcția planului de ocluzie (PO) ar trece aproximativ prin dreptul găurii mandibulare posterior și al ocluziei labiale anterior (7);

☞

CONCEPTLASER
a GE Additive company

mlab cusing

sisteme laser melting

Sisteme pentru printarea 3D a componente metalice prin tehnologie laser melting (SLM)
Sistemele Concept Laser au fost dezvoltate special pentru segmentul dentar și pot fi utilizate pentru producerea celor mai elaborate componente protetice metalice.

Mlab cusing | Mlab cusing R

100 watt

platformă printare	90 x 90 x 80 mm³ (x,y,z)
dimensiuni	705 x 1848 x 1220 mm³
greutate	aprox. 500 kg

Alegerea perfect POTRIVITĂ

Mlab cusing 200R

200 watt

Mașina creată pentru laboratoarele de producție

platformă printare	100 x 100 x 100 mm³ (x,y,z)
dimensiuni	820 x 1839 x 1410 mm³
greutate	aprox. 700 kg

Procesul de printare și operațiunile de manevrare între cicluri se realizează în incinte separate. Operatorul nu intră în contact direct cu pulberea metalică aceasta având un ciclu închis grație sistemului patentat **pull out drawer system**.

DIGITAL DENTISTRY
specialistul tău în tehnologie

SalesRepresentative
GE Additive

+4 0723 316 317
office@digitaldentistry.ro
www.digitaldentistry.ro

➢ Estimarea pierderii de dimensiune verticală prin compararea situației actuale a pacientului cu niște valori de referință (Fig. 3);
➢ Estimarea înălțării necesare la nivelului pinului incizal al articulatorului, conform tabelelor de corespondență a valorilor cefalometrice cu înălțarea progresivă la nivelul pinului incizal (Fig. 4);
➢ Vizualizarea computerizată a redimensionării verticale ca obiectiv de tratament, posibilă în programul Cadiax 4, GAMMA Dental Software® (Klosterneuburg, Austria), pentru cazurile la care se determină prin axiografie punctul Axis adevărat – centrul de rotație pură;
➢ Stabilirea valorii de înălțare la nivelul pinului incizal al articulatorului. Decizia de redimensionare aparține medicului și valorile comparative din tabele sunt doar orientative;
➢ Stabilirea înclinării planului de ocuzie în zona laterală.

Discuții

Adaptarea analizei cefalometrice la edentatul total prin combinarea mai multor multe analize și măsurători aparținând autorilor Ricketts (17,18), Steiner (19), Tweed (20), Horn (21), Downs (22) și Slavicek (23) permite ca stabilirea diagnosticului scheletal sagital și vertical să poată fi realizat în ciuda pierderii prin atrofia crestelor a anumitor repere osoase aflate la nivelul proceselor alveolare (16). Astfel, pot fi estimate poziția mandibulară în plan sagital, pierderea de dimensiune verticală și orientarea planului de ocluzie. Analiza fotografiilor vechi oferă posibilitatea estimării tipologiei faciale și a eventualelor compensări care dau individualitatea fiecărui caz. Combinând analiza fotografiilor vechi și analiza cefalometrică adaptată edentatului total se poate realiza și un diagnostic al decompensărilor, în vederea introducerii în obiectivele de tratament a terapiei de recompensare. Posibilitățile actuale oferite de utilizarea axiografului și a programelor computerizate de vizualizare a obiectivelor de tratament oferă posibilitatea transpunerii în practică, pe masa de lucru a tehnicianului dentar, a informațiilor de redimensionare verticală, oferind valori precise de înălțare la nivelul pinului incizal, corespunzătoare modificării graduale verticale estimată pe cefalometrie. Decizia cu privire la valoarea optimă a înălțării aparține medicului și nu programului informatic, la cazurile cu modificări importante fiind imposibilă obținerea valorilor ideale din perioada de dentat. Orientarea oferită de aceste instrumente de lucru este însă extrem de valoroasă pentru decizia de redimensionare verticală. Înălțarea se obține pe articulatorul semiadaptabil prin deschidere în axa de rotație de la nivelul dimensiunii verticale actuale.

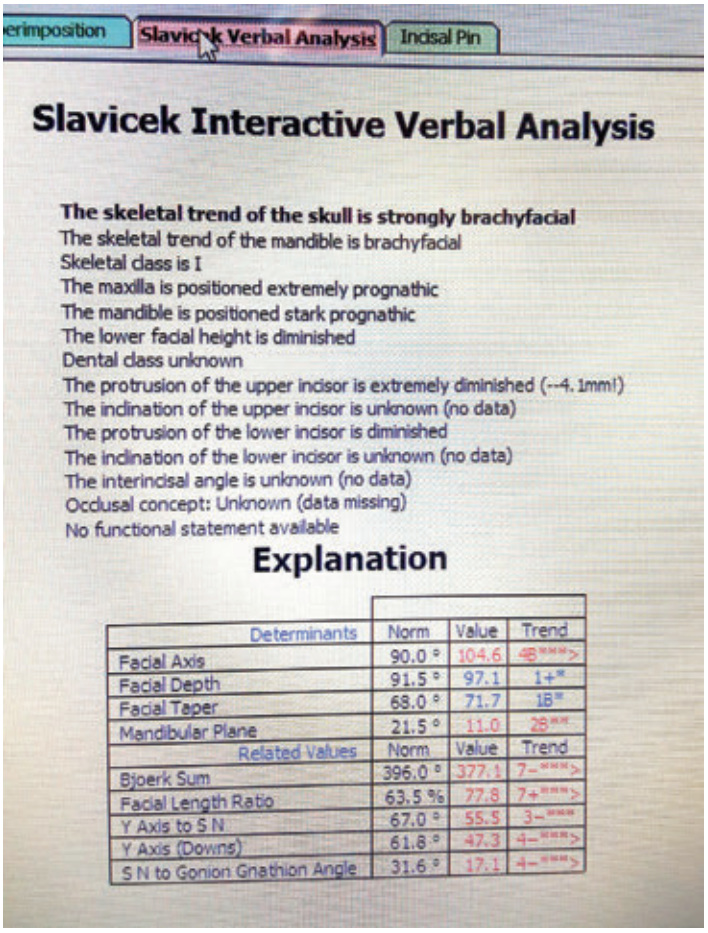

erimposition
Slavicek Verbal Analysis
Incisal Pin
Slavicek Interactive Verbal Analysis
The skeletal trend of the skull is strongly brachyfacial
The skeletal trend of the mandible is brachyfacial
Skeletal class is I
The maxilla is positioned extremely prognathic
The mandible is positioned stark prognathic
The lower facial height is diminished
Dental class unknown
The protrusion of the upper incisor is extremely diminished (--4.1mm!)
The inclination of the upper incisor is unknown (no data)
The protrusion of the lower incisor is diminished
The inclination of the lower incisor is unknown (no data)
The interincisal angle is unknown (no data)
Occlusal concept: Unknown (data missing)
No functional statement available
Explanation
Determinants Norm Value Trend
Facial Axis 90.0 ° 104.6 4B***>
Facial Depth 91.5 ° 97.1 1+*
Facial Taper 68.0 ° 71.7 1B*
Mandibular Plane 21.5 ° 11.0 2B***
Related Values Norm Value Trend
Bjoerk Sum 396.0 ° 377.1 7-***>
Facial Length Ratio 63.5 % 77.8 7+***>
Y Axis to S N 67.0 ° 55.5 3-***
Y Axis (Downs) 61.8 ° 47.3 4-***>
S N to Gonion Gnathion Angle 31.6 ° 17.1 4-***>

Fig. 3 Estimarea pierderii de dimensiune verticală prin compararea cu valori de referință, utilizând analiza Slavicek (în programul Cadiax 4, GAMMA Dental Software®).

Incisal Pin Table

Incisal Pin Height	0.0	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	8.0	10.0	12.0	14.0	16.0	20.0
Lower Facial Height	35.2	35.7	36.2	36.6	37.1	37.6	38.0	38.9	39.8	40.6	41.5	42.3	43.8
LFH. (Norm)	39.3	39.4	39.5	39.6	39.7	39.8	39.9	40.2	40.4	40.6	40.8	41.0	41.4
LFH. (Variation)	0.0	0.5	1.0	1.5	1.9	2.4	2.9	3.8	4.6	5.5	6.3	7.1	8.6
Menton Vertical	0.0	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	2.9	3.8	4.7	5.6	6.4	7.1	8.6
Pogonion Sagittal	0.0	−0.7	−1.4	−2.1	−2.8	−3.5	−4.2	−5.6	−7.1	−8.6	−10.1	−11.5	−14.6
Incision Inf. Vertical	0.0	0.6	1.1	1.7	2.2	2.7	3.2	4.3	5.2	6.2	7.1	8.0	9.7
Incision Inf. Sagittal	0.0	−0.5	−1.1	−1.6	−2.2	−2.7	−3.3	−4.4	−5.6	−6.8	−8.0	−9.2	−11.7

Incisal Pin Height	0.0	−1.0	−2.0	−3.0	−4.0	−5.0	−6.0	−8.0	−10.0	−12.0	−14.0	−16.0	−20.0
Lower Facial Height	35.2	34.7	34.1	33.6	33.1	32.5	32.0	30.9	29.7	28.5	27.2	25.9	23.1
LFH. (Norm)	39.3	39.2	39.1	38.9	38.8	38.7	38.6	38.4	38.1	37.9	37.7	37.4	36.9
LFH. (Variation)	0.0	−0.5	−1.0	−1.5	−2.1	−2.6	−3.2	−4.3	−5.5	−6.7	−8.0	−9.3	−12.1
Menton Vertical	0.0	−0.5	−1.1	−1.6	−2.2	−2.7	−3.3	−4.5	−5.8	−7.1	−8.4	−9.8	−12.9
Pogonion Sagittal	0.0	0.7	1.4	2.0	2.7	3.3	4.0	5.2	6.5	7.7	8.8	9.9	11.9
Incision Inf. Vertical	0.0	−0.6	−1.2	−1.7	−2.3	−3.0	−3.6	−4.9	−6.2	−7.6	−9.0	−10.4	−13.6
Incision Inf. Sagittal	0.0	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.9	4.8	5.6	6.3	7.0	8.3

Fig. 4 Decizia de înălțare la nivelul pinului incizal al articulatorului semiadaptabil se bazează pe posibilitățile oferite de tabelele de corespondență între valorile cefalometrice și înălțarea progresivă, milimetru cu milimetru, a pinului incizal (în programul Cadiax 4, GAMMA Dental Software®).

PaX-i3D Smart™
vatech

Pack 1

CBCT + PANO
1 CLIC si 2 SCANARI
FOV Anatomic 12x9 si 5x5
Magic PAN
Doza Mica

GARANTIE 5 ANI

Include:
Licenta Dicom
PC Statie Grafica 3D
Software inclus Ez3D-I (3 utilizatori)

PRET SPECIAL
49.900 €
TVA inclus

Pack 2

CBCT + PANO
1 CLIC si 2 SCANARI
FOV 8x8
Magic PAN
Doza Mica

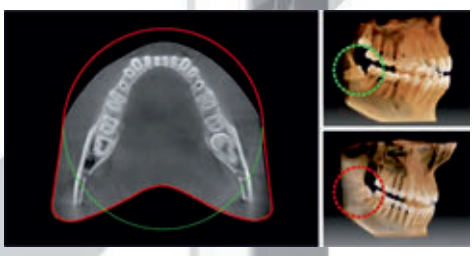
GARANTIE 2 ANI

Include:
Licenta Dicom
PC Statie Grafica 3D
Software inclus Ez3D-I (3 utilizatori)

PRET SPECIAL
39.900 €
TVA inclus

Reprezentant autorizat
MEDICA M3

Contact:
Rareș OAIDA
radiologie@medicam3.ro 0754-982.370



+

Imagini
PaX-i3D Smart
FOV Anatomic 12x9

www.medicam3.ro

Pentru cazurile cu reducere severă a dimensiunii verticale înălțarea se poate face gradual, prin modificarea inițială a protezelor vechi, fără a pierde din vedere obiectivul de corectare a înclinării planului de ocluzie. Adaptarea sistemului stomatognat cu redimensionarea verticală trebuie testată, se realizează ajustări ocluzale, iar după redimensionarea verticală, fie că este unică sau progresivă, este importantă verificarea existenței atât a spațiului de inocluzie fiziologică, cât și a spațiului minim de vorbire, pentru a evita consecințele supraevaluării.

Bibliografie

1. Slavicek R.: Die Vorbehandlung funktionsgestörter Totalprothesenträger, în Schwerpunkte in der Totalprothetik, 1986, Quintessenz Verlags-GmbH:49-72
2. Sharry J.J.: Complete Denture Prosthodontics. Ed 3, New York, McGraw-Hill, 1974, cap 14
3. Niswonger ME.: The rest position of the mandible and the centric relation. J Am Dent Assoc 1934;21:1572-82.
4. Brill, N., Trydd, G.: Physiology of mandibular positions, Front. Oral Physiol., L; 199-237, 197
5. Mohl, N. D., Drinnan, A. J.: Anatomy and physiology of the edentulous mouth. In Winkler, S., editor: Essentials of complete denture prosthodontics, Philadelphia, 1979, W. B. Saunders Co.
6. Tallgren, A.: The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: A mixed longitudinal study covering 25 years, J. Prosthet. Dent. 27: 120-132, 1972.
7. Slavicek R.: Die Bedeutung der skelettalen Diagnose fur den zahnlosen Patienten, în Schwerpunkte in der Totalprothetik, 1986, Quintessenz Verlags-GmbH:73-98
8. Gonzalez HE, Manns A.: Forward head posture: its structural and functional influence on the stomatognathic system, a conceptualstudy. Cranio 1996:14:71-80
9. Minagi S, Ohmori T, Sato T, Matsunaga T, Akamatsu Y: Effect of eccentric clenching on mandibular deviation in the vicinity of mandibular rest position. J Oral Rehab 2000;27:175-9
10. Pae EK, Lowe AA, Sasaki K, Price C, Tsuchiya M, Fleetham JA.: A cephalometric and electromyographic study of upper airway structures in the upright and supine positions. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1994;106:52-9
11. Woda A., Pionchon P., Palla S.: Regulation of mandibular postures: mechanisms and clinical implications, Crit Rev Oral Biol Med, 12(2):166-178 (2001)
12. Lindegard, B.: Variations in human body build: a somatometric and x-ray cephalometric investigation on Scandinavian adults, Acta Psychiatr. Neural. [Copenhagen], Suppl., p. 86, 1953.
13. Peterson T.M, Rugh J.D., Mclver J.E.: Mandibular rest position in subjects with high and low mandibular plane angles, Am J Orthod, 1983,4: 318-320
14. Gross MD, Nissan J, Ormianer Z, Dvori S, Shifman A.: The effect of increasing occlusal vertical dimension on face height. Int J Prosthodont. 2002 Jul-Aug;15(4):353-7
15. Tryde G, McMillan DR, Christensen J, Brill N. The fallacy of facial measurements of occlusal height in edentulous subjects. J Oral Rehabil 1976;3:353–358.
16. Pintilie I.I.: Posibilități actuale de simulare pe articulator a dinamicii funcționale mandibulare la edentatul total, în CAD-CAM: o tehnologie a mileniului trei în stomatologie, 2016, Editura Didactică și Pedagogică: 203-262.
17. Ricketts R.M.: Cephalometric synthesis: An exercise in stating objectives and planning treatment with tracings of the head roentgenogram, Am J. Orthod. 1960, 46: 647-673
18. Ricketts R.: The biologic significance of the divine proportion and Fibonacci series, Am J Orthod, 1982, May;81(5):351-70
19. Steiner C.C.: Cephalometrics in Clinical Practice, Angle Orthodontist, 1959, 29:8
20. Tweed C.H.: The diagnostic facial triangle in the control of treatment objectives. 1969, Am J Orthodontics, 55, 6: 651-667.
21. Horn A.J.: Facial height index.1992, Am. J. Orthod Dentofa. Orthop; 102 (2): 180-186
22. Downs, W. B.: Variations in facial relationship: Their significance in treatment and prognosis, AM. J. ORTHOD. 34: 812-840, 1948.
23. Slavicek R.: Concepts in Oral Medicine, Vol. II, 2015, Verlag: GAMMA Medizinisch – wissenschaftliche Fortbildungs – GmbH, Klosterneuburg: 217-232, 317-318

Autor corespondent: Dr. Dăscălescu Daniela, dana.dascalescu@gmail.com

zeiser®

Zeiser® P10 PIN-DRILL UNIT - Sistem pentru realizarea modelelor de mare precizie

- Metoda sistemului Zeiser® funcționează din anul 1980, cu acuratețe științifică şi a fost perfecționată cu cea mai recentă unitate P10.
- Competitiv în cost, atrăgător ca design şi rapid pentru realizarea eficientă a modelelor de mare precizie.
- Zeiser compensează expansiunea dimensională pe arc, care apare în timpul fazei de setare a gipsului.
- Pe o placă de bază Zeiser, segmentele de model se vor localiza în exact aceeași poziție a dintelui ca cea înregistrată de amprentă.

Accesorii originale

La achiziționarea sistemului Zeiser® P10 PIN-DRILL UNIT se oferă curs gratuit în cadrul laboratorului nostru din Bucureşti.

Pentru comenzi, înscrieri şi informații vă rugăm sunați la SC DENTAL LABOR MANOLACHE SRL

Tel. : 021 233 93 76 sau 0736 614 873, dentallabor_manolache@yahoo.de

Laborator MEDICA M3
www.medicam3.ro

CAD/CAM
SISTEM COMPLET

MEDIT

Scanner Identica T300
Rezolutie camera: 2 x 2 MP
Volum scanat: 90mm x 72mm x 60mm
Principiu scanare: Phase-Shifting Optical
Dimensiuni: 290mm x 290mm x 340mm
Scanare amprenta: 2 axe manuale
Greutate: 12 kg
Sursa lumina: LED albastru
Conexiune: USB 3.0 B Type

Soft design
Exocad Basic + PC
Program CAD cunoscut pentru viteza de operare si usurinta in utilizare;
Maximizeaza productivitatea;
Sigur chiar si cand se utilizeaza in cazuri complexe;
Usor de utilizat; Operare rapida

exocad

EMERITALIA

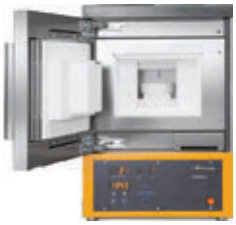
Unitate de aspiratie Labo 3.0 Emer
Aspiratie fara sac
Motor pe inductie (fara perii)
Putere: 900W; Nivel de zgomot redus: 59Db.

vhf

Unitate de frezare S2
Dispune de magazie cu loader pt. 8 discuri;
Frezeaza ceara, PEEK, oxid de zirconiu, compozit, aliaj cobalt-crom, ceramica si disilicat de litiu. Putere spindle 600 W
Pachetul Include: soft DentaCam;
Modul frezare umeda; lichid de lubrifiere, set freze (40buc).

Cuptor de sinterizare
TABEO-1/M/ZIRCON-100
Inaltimea camerei de sinterizare: 42mm
Dimens. cuva de sinterizare: 1 x 100/30 mm
Sistem de incalzire: CLASSIC
Temperatura maxima: 1650℃
Elem. de incalzire Tip/Numar: MoSi / 4 elem
Rata crestere temperatura (℃/min):
CLASSIC: 25℃/min

mihmvogt



vhf

Unitate de frezare K5+
Frezeaza materiale plastice, ceară, oxid de zirconiu, compozite, CoCr, modele gips. Dispune de sistem de ionizator integrat care neutralizeaza incarcarea statica a particulalor, usurand curatarea incintei. Putere spindle 600 W
Pachetul Include: soft DentaCam;
Set freze (30buc).

mgf

Compresor
50/25 Prime M 10 bar
Functionare fara ulei, cu sistem de uscare a aerului
Capacita rezervor: 40 L;
Dimensiuni: 710x410x810mm
Greutate: 58 Kg; Debit: 148 L/min la 8bar
Nivel zgomot: 66 Db

Pachet #1
65.900 Euro
TVA inclus

Scanner **Identica T300 (Medit)**
Soft design **Exocad Basic + PC**
Unitate de frezare **S2 (VHF)**
Unitate de aspiratie **Labo 3.0 (Emer)**
Compresor **50/25 Prime M 10 bar (MGF)**
Cuptor de sinterizare
TABEO-1/M/ZIRCON-100 (Mihm-Vogt)

Pachet #2
49.900 Euro
TVA inclus

Scanner **Identica T300 (Medit)**
Soft design **Exocad Basic + PC**
Unitate de frezare **K5+ (VHF)**
Unitate de aspiratie **Labo 3.0 (Emer)**
Compresor **50/25 Prime M 10 bar (MGF)**
Cuptor de sinterizare
TABEO-1/M/ZIRCON-100 (Mihm-Vogt)

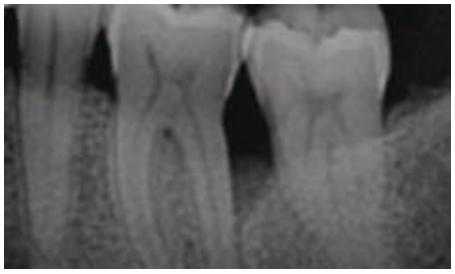
www.medicam3.ro * laborator@medicam3.ro * 0754 982 370

SURGICAL TREATMENT OF AN INFRABONY DEFECT

CLINICAL CASE PROVIDED BY PROF ANDREA PILLONI, ROME, ITALY

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL UNUI DEFECT INFRAOSOS FOLOSIND HYADENT ȘI HYADENT BG ARĂTÂND O VINDECARE RAPIDĂ A PLĂGII

Caz Clinic al Prof. Andrea Pilloni, Roma, Italia (Traducere Ruxandra Popescu din Broşura Hyadent 2018)

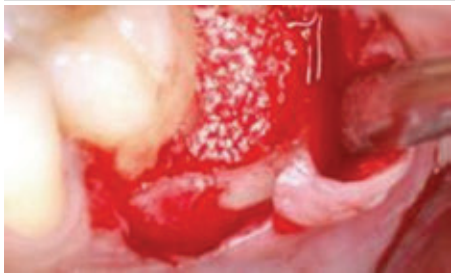


PRE-OPERATIV

Pe radiografie și prin sondare parodontală este observat un defect infraosos adânc.

CHIRURGIE

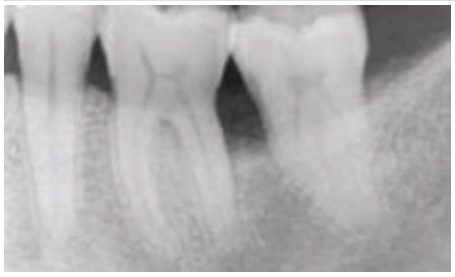
Situl defectului a fost deschis și curățat. HYADENT BG a fost aplicat direct pe suprafața radiculară permițând stabilizarea cheagului de sânge.



Defectul a fost umplut cu substitut osos și acoperit cu HYADENT BG.

72 ORE POST-OPERATIV

Datorită aplicării HYADENT între substitutul de os și țesutul moale acoperitor, vindecarea plăgii a fost accelerată. Rana a fost închisă în acest stagiu timpuriu.



12 LUNI POST-OPERATIV

Analiza radiografică a sitului la 12 luni după tratament arată structuri osoase solide și o închidere a defectului infraosos.

(Preluare de pe www.regedent.com)

SURGICAL TREATMENT OF MULTIPLE GINGIVAL RECESSIONS IN THE ESTHETIC ZONE WITH CTG AND HYADENT USING THE TUNNEL TECHNIQUE.

CASE BY PD DR. STEFAN FICKL, GERMANY

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL RECESIILOR GINGIVALE MULTIPLE ÎN ZONA ESTETICĂ CU CTG ȘI HYADENT FOLOSIND TEHNICA TUNELIZĂRII

Caz clinic al PD Dr. Stefan Fickl, Germania (Traducere Ruxandra Popescu din Broşura Hyadent 2018)

PRE-OPERATIV

Pacientul prezintă două recesii severe Miller clasa II în zona estetică (dinţii 1.2 şi 1.3)

CHIRURGIE

Mobilizarea fără incizii a gingiei în zona receptoare (stânga). Grefa de ţesut conjunctiv (CTG) a fost colectată la dimensiunile potrivite şi suprafaţa grefei a fost condiţionată cu HYADENT.

Poziționarea submucozală a CTG folosind tehnica tunelizării. Stabilizarea grefei prin suturi. HYADENT a fost aplicat sub lambou înainte de suturare pentru a obține o vindecare accelerată post-operativă a plăgii.

7 ZILE POST-OPERATIV

Situație înainte de îndepărtarea suturilor: vindecare accelerată a plăgii fără semne de infecție sau iritație

3 LUNI POST-OPERATIV

Reconsolidare excelentă a ţesutului moale indicată prin acoperirea completă a recesiei şi prezenţa de suficientă gingie keratinizată, atât în lăţime cât şi în înălţime, aceasta furnizând un rezultat estetic deosebit de plăcut pentru pacient.

(Preluare de pe www.regedent.com)

IMPLANT DIVISION SRL- unic importator și distribuitor Hyadent în România
website: www.implantdivision.ro telefon: 0722500709

Autoclavul Advance Pro

În perioada 20 Mai - 20 Iunie 2019:
25% reducere.
~~5200~~ eur la 3900 eur.

Două Autoclave într-Unul Singur:
Vacuum (B) & Non-Vacuum (N)
16 litri
22 litri

Garanție 2 ani
Produse în UK

Distribuitor autorizat

MANDRAGORA

Str. Constantin Brâncoveanu
Nr. 19 Y, Otopeni, Ilfov
0720 022 664
mandragora_office@yahoo.com

Influence of parent's knowledge and actions on oral health status in a group of preschool children in Bucharest

Influența cunoştinţelor şi acțiunilor părinților asupra stării de sănătate orală a unui lot de copii preşcolari din Bucureşti

Cătălina Farcaşiu[1)], Alexandru-Titus Farcaşiu[3)], Vlad Ioan Gheorghe[2)], Livia Alice Tănăsescu[3)], Oana-Cella Andrei[3)]
[1)] Department of Pedodontics, UMF Carol Davila Bucharest, [2)] MD, private practice, [3)] Department of Removable Prosthodontics, UMF Carol Davila Bucharest

Abstract

Aim: this study aims to determine the caries prevalence and to show the present situation regarding caries affecting preschool children, in a kindergarten in Bucharest, Romania. **Materials and methods:** 83 preschool children were examined in natural light using common instruments, without drying the dental surfaces. Parents were given a questionnaire about the oral hygiene of their children and about the following eruption of the first permanent teeth. We recorded data about caries, fillings, absent or traumatized teeth. Data was analyzed using ANOVA method. **Results:** 54.22% of examined children presented dental caries. 75.86% of parents completed the questionnaire. Only 42.4% of parents declared morning and evening brushing of their children's teeth, while 23% of children never brush their teeth in the evening. Only two third of the parents know the age of first permanent molar's eruption, and only 12% its location. **Conclusions:** Caries were found in more than 50% of children (dmft index minimum 1); ft index is only 14% of dmft, indicating a real need of treatment. The majority of children with a high dmft index are boys, indicating a potential negligence from the parents of boys, as also highlighted by other studies. The percentage of children without caries is in line with both the international and national data, but different results were observed for kindergartens in different areas of Bucharest. A surprise in the local statistic data is that in the case of a kindergarten where oral hygiene was compulsory after lunch, no decrease in the prevalence of dental caries was observed. This can be attributed to the fact that a large number of the questioned parents don't think that brushing the teeth in the evening is particularly important, even though they claim dental brushing is done two times a day.

Keywords: caries prevalence, preschool children, parent's knowledge

Rezumat

Scop: prezentul studiu statistic urmăreşte să aprecieze prevalența cariei și să arate care este situația actuală în ceea ce privește afectarea prin carie a copilului preșcolar, într-o grădiniță din Bucureşti, România. Materiale şi metodă: Au fost examinați 83 de preșcolari la lumină naturală, cu instrumentar obişnuit, fără uscarea suprafețelor dentare. Părinții au primit un chestionar ce conținea întrebări legate de igienizarea cavității bucale a copiilor lor, dar și întrebări legate de apariția primilor dinți permanenți ce urmează să erupă. S-a înregistrat prezența leziunilor carioase, a obturațiilor, a dinților absenți și a leziunilor traumatice. Datele au fost analizate utilizându-se metoda ANOVA. Rezultate: 54,22% dintre copii preșcolari examinați prezentau carii dentare. Rata de răspuns la chestionar a fost de 75,86%. Momentele de periaj recomandate (dimineața și seara) sunt respectate de numai 42,4% dintre părinți în timp ce aproximativ 23% dintre copii nu se spală pe dinți deloc seara. Doar două treimi din părinți cunosc vârsta la care erupe primul molar definitiv. Localizarea corectă a primului molar definitiv este cunoscută de doar 12% dintre părinții respondenți la chestionar. Concluzii: Prezența cariei se înregistrează la mai mult de 50% dintre subiecți (valoarea indicelui dmft minim 1); indicele ft reprezintă doar 14% din dmft, deci nevoia de tratament este reală. Băieții sunt majoritari la un indice dmft ridicat, indicând o aparentă neglijență a părinților băieților, fapt remarcat și de alte studii. Procentul copiilor indemni la carie se încadrează atât în media internațională, cât și în cea locală, dar se pot observa diferențe corespunzătoare poziționării grădinițelor bucureștene. O surpriză a statisticii pe plan local este dată de faptul că, la o grădiniță la care igiena orală efectuată după masa de prânz a fost impusă ca fiind obligatorie, nu se observă valori mai scăzute ale prevalenței cariei dentare. Acest rezultat poate fi explicat prin faptul că o proporție importantă din numărul părinților chestionați, deși susțin că periajul dentar se efectuează de 2 ori pe zi, nu consideră că cel de seara este neapărat de o importanță majoră.

Cuvinte-cheie: prevalența cariei, preşcolari, cunoştinţele părinților

Introducere

Despre starea de sănătate dentară la copilul preşcolar există mai puține date decât la copilul şcolar, motivul principal fiind abordarea mai greoaie a preşcolarilor, mai ales dacă nu frecventează colectivități de tip cămin, grădiniță. Astfel, American Academy of Pediatric Dentistry și American Society of Dentistry for Children recomandă o consultație de specialitate chiar în cursul primului an de viață. Până nu demult, primul contact cu copilul se făcea în jurul vârstei de 3 ani, din cauza problemelor comportamentale și a lipsei unei comunicări acceptabile. Este greu de realizat o statistică pentru copii atât de mici, părinții prezentându-se cu ei la control când leziunile sunt foarte avansate, fiind necesare terapii și atitudini complexe pentru limitarea complicațiilor cariei.

Scopul studiului

prezentul studiu statistic caută să aprecieze prevalența aceste afecțiuni, și să arate care este situația actuală în ceea ce privește afectarea prin carie a copilului preșcolar.

Material și metodă

Au fost examinați 83 de preșcolari ce frecventau Grădinița nr. 274 din Municipiul București, situată în cartierul Militari. Copii au fost examinați cu informarea şi acordul instituției de învățământ și al părinților sau tutorilor legali. Examinarea s-a efectuat la lumină naturală, cu instrumentar obişnuit, fără uscarea suprafețelor dentare. S-a înregistrat prezența leziunilor carioase, a obturațiilor şi a dinților absenți. Au fost calculate valorile medii şi intervalele de încredere pentru dmft, dmfs, Ip şi Caries-Free. Leziunile traumatice prezente au fost notate. Datele au fost analizate utilizându-se metoda ANOVA. Părinții au primit un chestionar ce conținea întrebări legate de igienizarea cavității bucale a copiilor lor, dar și întrebări legate de apariția primilor dinți permanenți ce urmează să erupă (fig. 1). După examinare, copiii au primit o recompensă constând în materiale distractive ce conțineau informații și desene legate de igiena la nivelul regiunii orale. La final s-a realizat și un instructaj, adaptat vârstei, legat de realizarea unui periaj dentar corect.

1. Cât de des este spălat/se spală copilul dvs pe dinți?
a. De două (sau mai multe) ori pe zi
b. O dată pe zi
c. O dată la câteva zile sau mai rar
d. Nu se spală/nu il spăl

2. În ce moment al zilei?
a. Dimineața, înainte de masă
b. Seara înainte de culcare
c. După una/mai multe mese(specificați masa)

3. De cele mai multe ori:
a. Copilul se spală singur pe dinți
b. Copilul se spală singur și este verificat/ajutat dacă este cazul de unul dintre parinți
c. Unul dintre părinți spală copilul pe dinți

4. Ce periuță de dinți folosește copilul?
a. Manuală
b. Electrică
c. Atât electrică, cât și manuală, alternativ

5. Ce pastă de dinți folosește copilul?
a. Pastă de dinți pentru toată familia (va rugăm specificați)
b. Pastă de dinți pentru copii (va rugăm specificați)
c. Nu folosește pastă de dinți

6. Cât de des mănâncă produse cu conținut ridicat de zahăr între mesele principale?
a. De mai multe ori pe zi
b. O dată pe zi
c. De 1-2 ori pe săptămână
d. Mai rar de o dată/săptămână

7. Ați fost până acum cu copilul dvs la stomatolog?
a. Da, la un control de rutină
b. Da, pentru că a avut o problemă (vă rugăm specificați)
c. Nu

8. Din câte știți, la ce vârstă apare primul dinte/măsea definitiv/ă?
a. La 5-6 ani
b. La 9-10 ani
c. La 11-12 ani
d. Nu știu

9. Din câte știți, unde pe arcadă apare primul dinte/măsea definitiv/ă?
a. Înlocuiește un dinte de lapte (vă rugăm, specificați)
b. Apare în spatele dinților de lapte, fără ca un dinte de lapte să cadă
c. Nu știu

Figura 1. Chestionarul adresat părinților.

Rezultate

Au fost examinați 83 copii, din care 37 sunt băieți, iar 46 sunt fete (fig. 2).

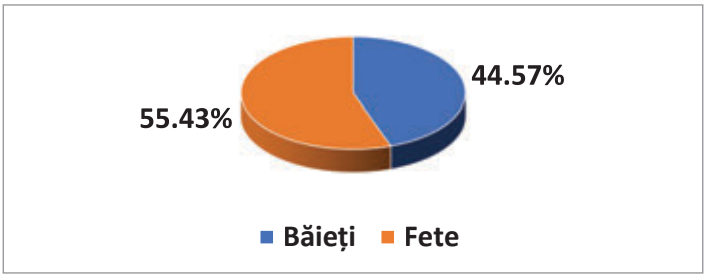


Figura 2. Distribuția copiilor în funcție de sex.

Aproape jumătate dintre copii au vârsta de 4 ani, aceștia fiind urmați de cei de 5 ani (fig. 3).

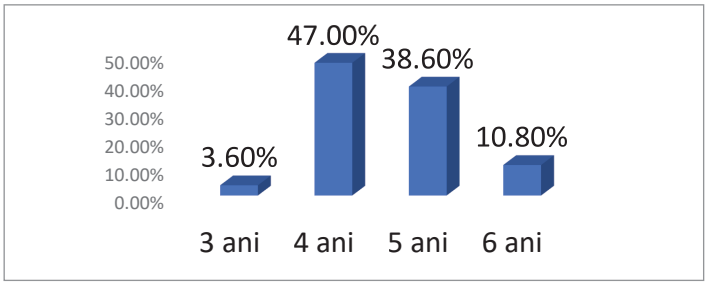


Figura 3. Distribuția copiilor în funcție de vârstă.

Fetele sunt majoritare pe fiecare grupă de vârstă cu excepția vârstei de 5 ani, unde s-au observat mai mulți băieți (fig. 4).

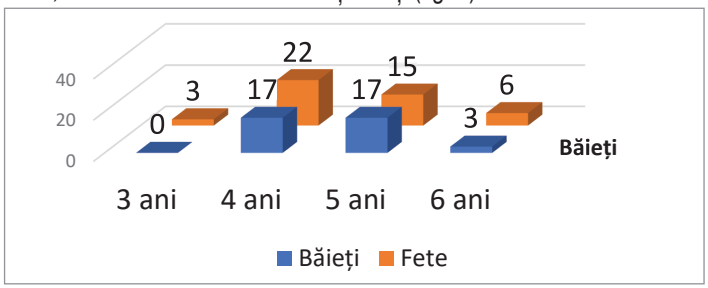


Figura 4. Distribuția copiilor în funcție de sex și vârstă.

Vârsta medie a copiilor examinați este de 5,03 ± 0,65 ani. Vârsta medie a băieților este de 5,14 ± 0,57 ani, iar a fetelor de 4,95 ± 0,70 ani. Testul variabilelor independente ne arată că între vârstele medii ale băieților și fetelor nu s-au observat diferențe semnificative din punct de vedere statistic (tab. I).

TABEL I. Independent Samples Test pentru vârste medii.

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
vârsta_luni	,626	,431	1,304	76	,196	2,333	1,789	-1,230	5,896

Afectarea carioasă este crescută, peste jumătate dintre copii preșcolari examinați prezentând carii dentare (fig. 5).

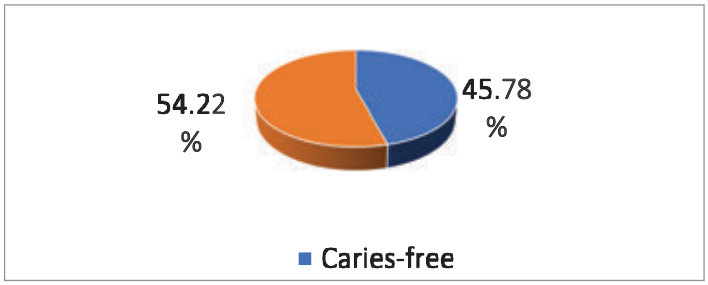


Figura 5. Raportul între copii cu și fără carii dentare.

În lotul cercetat s-au observat 45 de copii ce prezintă carii tratate sau netratate restaurator. Dintre aceștia, 20 (44,44%) prezintă 1-2 dinți afectați, restul distribuindu-se relativ uniform până la o valoare maximă a dmft-ului de 13 la un băiat în vârstă de de 5 ani și 5 luni (fig. 6).

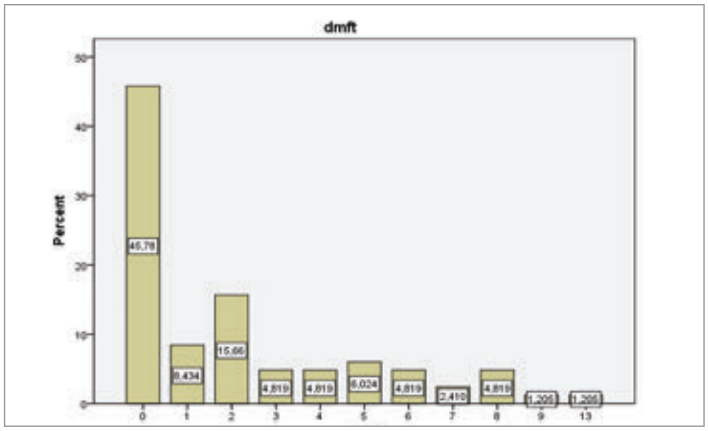


Figura 6. Distribuția copiilor în funcție de valoare indicelui dmft.

Distribuția preșcolarilor în funcție de valoarea dmft-ului și sex ne arată afectarea mai mare a fetelor pentru valori mai mici ale activității carioase, în timp ce pentru dmft mai mare de 5, băieții sunt mai bine reprezentați (tab. II).

TABEL II. Distribuția lotului în funcție de sex și dmft.

		sex		
		sex masculin	**sex feminin**	Total
dmft	0	18	20	38
	1	0	7	7
	2	6	7	13
	3	2	2	4
	4	2	2	4
	5	0	5	5
	6	3	1	4
	7	2	0	2
	8	2	2	4
	9	1	0	1
	13	1	0	1
Total		37	46	83

Valoarea medie a indicelui dmft este de 2,14 ± 2,81. Această valoare este compusă din indicii dt și ft, nefiind observați dinți extrași la acest lot de preșcolari. Indicele ft reprezintă doar 14% din dmft ceea ce ne arată gradul redus de tratament aplicat copiilor din acest lot (tab. III).

TABEL III. Indicele dmft și componentele sale.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
dmft	83	0	13	2,14	2,816
dt	83	0	13	1,84	2,583
mt	83	0	0	,00	,000
ft	83	0	4	,30	,822
Valid N (listwise)	83				

Analiza statistică a dmft, dt și ft în funcție de sex (tab. IV) arată că băieții prezintă, în medie, mai mulți dinți afectați prin carie și mai mulți dinți tratați restaurator, fără să se observe existența unei diferențe semnificative din punct de vedere statistic (tab. V).

TABEL IV. Dmft, dt și ft în funcție de sex.

	sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
dmft	sex masculin	37	2,59	3,370	,554
	sex feminin	46	1,78	2,250	,332
dt	sex masculin	37	2,22	3,101	,510
	sex feminin	46	1,54	2,062	,304
ft	sex masculin	37	,38	,982	,161
	sex feminin	46	,24	,673	,099

TABEL V. Testul variabilelor independente pentru dmft/dt/ft în funcție de sex.

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Dmft	6,624	,012	1,311	81	**,193**	,812	,619	-,420	2,044
Dt	3,853	,053	1,182	81	**,241**	,673	,569	-,459	1,805
Ft	2,659	,107	,765	81	**,447**	,139	,182	-,223	,502

În ceea ce privește dmfs-ul, valoare medie a acestuia este de 3,46 ± 5,63 și este compus în cea mai mare parte din componenta ds (tab. VI).

TABEL VI. Dmfs și componentele sale.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
dmfs	83	0	34	3,46	5,632
ds	83	0	34	2,99	5,336
fs	83	0	8	,47	1,356
Valid N (listwise)	83				

Băieții prezintă valori aproape duble ale dmfs și componentelor sale (ds, fs) față de fete (tab. VII).

TABEL VII. Dmfs/ds și fs în funcție de sex.

	sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
dmfs	sex masculin	37	4,68	7,443	1,224
	sex feminin	46	2,48	3,358	,495
ds	sex masculin	37	4,03	7,132	1,172
	sex feminin	46	2,15	3,098	,457
fs	sex masculin	37	,65	1,783	,293
	sex feminin	46	,33	,871	,128

Nici valorile dmfs, ds și fs nu prezintă diferențe semnificative din punct de vedere statistic, conform testului variabilelor independente (tab. VIII).

TABEL VIII. Testul variabilelor independente pentru dmfs/ds și fs în funcție de sex.

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
dmfs	12,077	,001	1,791	81	,077	2,197	1,227	-,244	4,639
ds	9,046	,004	1,606	81	,112	1,875	1,167	-,448	4,197
fs	5,218	,025	1,079	81	,284	,323	,299	-,272	,918

Din cele 87 chestionare distribuite părinților au fost completate 66, ceea ce ne arată o rată de răspuns de 75,86%. Prima întrebare a chestionarului se referă la frecvența periajului dentar. Trei sferturi dintre copii se spală pe dinți de cel puțin două ori pe zi (fig. 7).

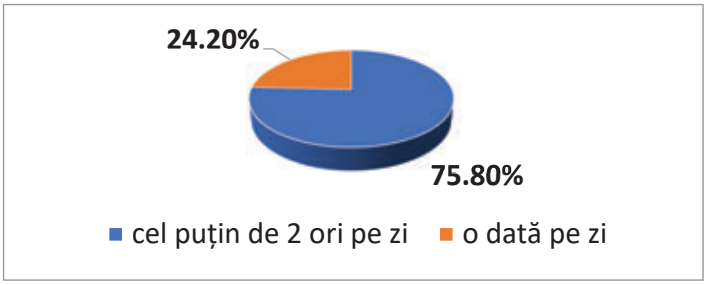


Figura 7. Frecvența periajului la copii examinați.

Momentele de periaj recomandate (dimineața și seara) sunt respectate de 42,4%, procent la care se adaugă 12,1% dintre copii ce adaugă un periaj după masa de prânz. Seara nu se spală pe dinți aproximativ 23% dintre copii (fig. 8).

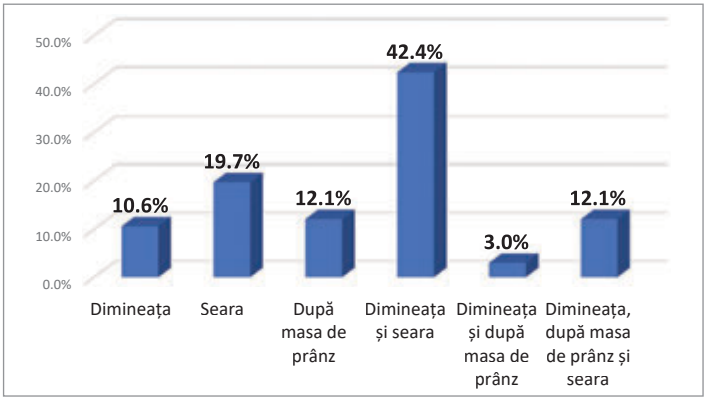


Figura 8. Momentele de realizare a periajului.

Părinții au declarat că în 70% din cazuri copilul este ajutat la spălatul pe dinți sau este chiar spălat de părinte, în timp ce 30% din copii se spală singuri pe dinți (fig. 9).

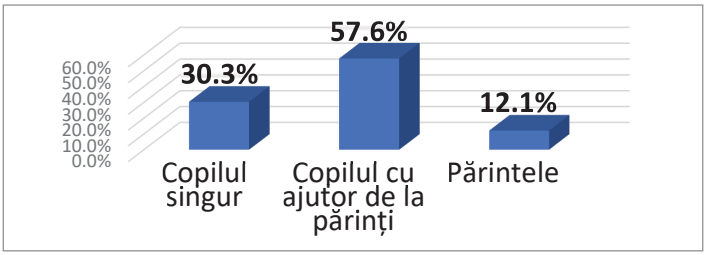


Figura 9. Cine efectuează periajul?

Aproape două treimi dintre copii folosesc periuța manuală (fig. 10).

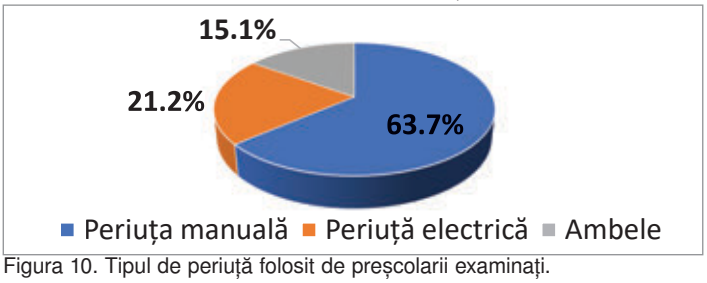


Figura 10. Tipul de periuță folosit de preșcolarii examinați.

Aproape toți copii folosesc pastă de dinți specială pentru copii, existând un singur copil despre care părintele a declarat că nu folosește pastă de dinți (fig. 11).

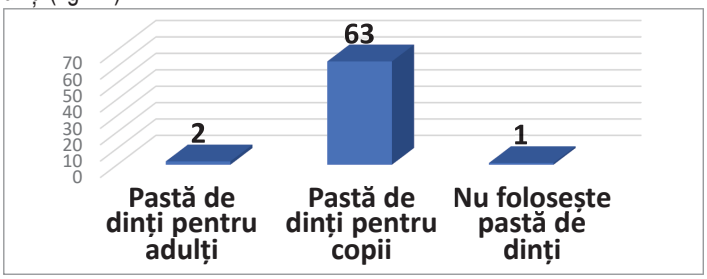


Figura 11. Tipul de pastă folosit de copii.

Consumul de dulciuri se face, în jumătate din cazuri, o dată pe zi. Consumul mai redus de dulciuri s-a observat în 20% din cazuri, în timp ce consumul mai mare de dulciuri ocupă a doua poziție ca frecvență (fig. 12).

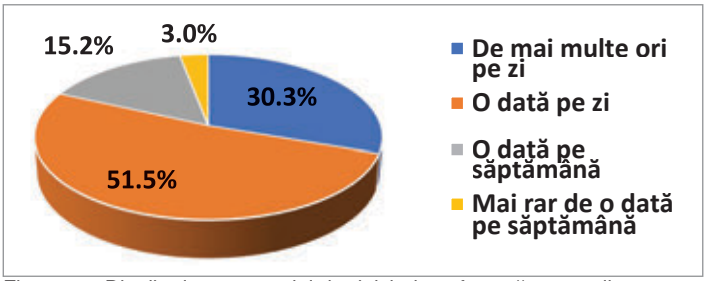


Figura 12. Distribuția consumului de dulciuri conform răspunsurilor părinților.

Aproape jumătate dintre copii nu au vizitat cabinetul stomatologic până în momentul examinării, iar 20% dintre ei s-au prezentat prima oară pentru rezolvarea unei probleme stomatologice (fig. 13).

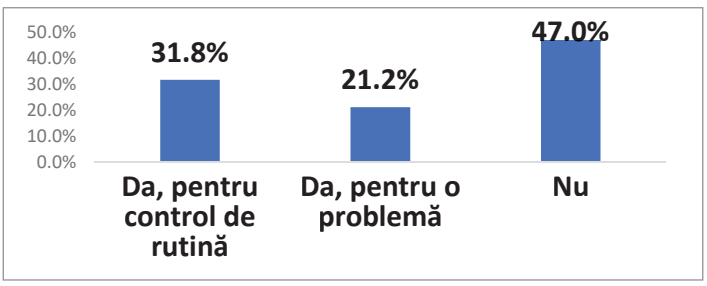


Figura 13. Prezența copiilor la cabinetul stomatologic.

Doar două treimi din părinți cunosc vârsta la care erupe primul molar definitiv (fig. 14).

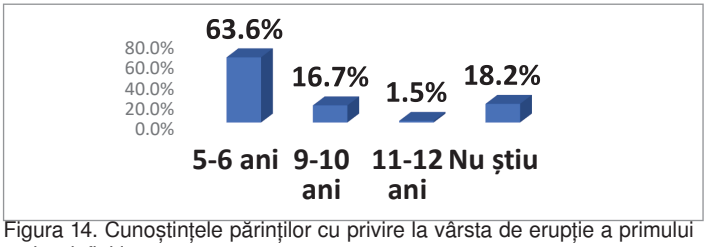


Figura 14. Cunoștințele părinților cu privire la vârsta de erupție a primului molar definitiv.

Localizarea corectă a primului molar definitiv este cunoscută de doar 12% dintre părinții respondenți la chestionar (fig. 15).

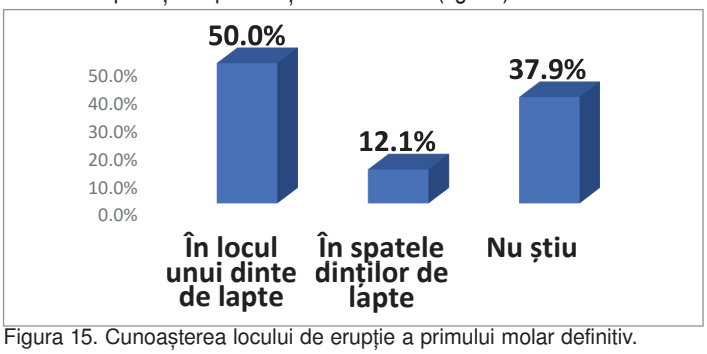


Figura 15. Cunoașterea locului de erupție a primului molar definitiv.

Discuții

Prevalența cariei dentare pe lotul de copii preșcolari examinat este mare, depășind valori găsite pe același interval de vârstă în grădinițe din Municipiul București. Valoarea găsită în studiul curent este similară valorii incidenței din Honk Kong de acum aproape 20 ani (tab. IX).

TABEL IX. Incidența cariei dentare – date comparative

Autor	An	Oraș	Ip (%)	(n)	Vârsta (ani)
Chu & Lo	1999	Hong Kong	39	658	4-6
Szilagy *et al.*	2013	București	40,5	111	2-6
Popescu *et al.*	2018	București	38,33	60	3-6
Studiul curent	2018	București	54,22	83	3-6

Procentul de copii fără carii se încadrează între limitele largi raportate de-a lungul timpului în literatura de specialitate (tab. X).
Raportul dintre copiii indemni de carie și cei cu carii se încadrează în alte

TABEL X. Valori ale procentului de copii fără carii dentare – date din literatură

Autori	Țara/Oraș/An	Lot	Vârsta	Copii caries-free (%)	Observații
Ferro R *și cb ab*	Italia / Veneto (2002-03)	954	1-6 ani	80,3	Copii din grădinițe publice și private
Iida H *și cb ab*	SUA (1999-2002)	1576	2-5 ani	72,5	Studiu național de examinare a stării de sănătate și a nutriției
Hallet KB și O'Rourke PK	Australia / Brisbane (2000)	2515	4-5 ani	66,3	Copii din grădinițe de stat
Rajab LD și Hamdan MA.	Iordania / Amman (2001)	-	1-5 ani	52	Copii din creșe și grădinițe
Slabsinskiene E *și colab.*	Lituania/ Kaunas (2010)	950	3 ani	49,4	Copii din grădinițe
Mazhari F și col.	Iran / Quchan (2002)	232	6-60 luni	41	Copii din centre de îngrijire de zi
Al-Mutawa SA *și cb ab*	Kuweit (2004)	1256	4-5 ani	28,26	Copii din grădinițe
Wyne AH	Arabia Saudită / Riyadh (2008)	789	3-5 ani	25,2	Copii din grădinițe publice și private
Nematollahi H *și colab.*	Iran / Birjand (2007)	434	2-6 ani	16,1	Copii din grădinițe
Munteanu A (2011)	România / București (2006-07)	552	25-71 luni	50,54	Copii din grădinițe de stat

valori raportate pentru grădinițele din Municipiul București. Se poate observa influența localizării grădiniței asupra activității carioase observate la copii preșcolari (fig. 16).

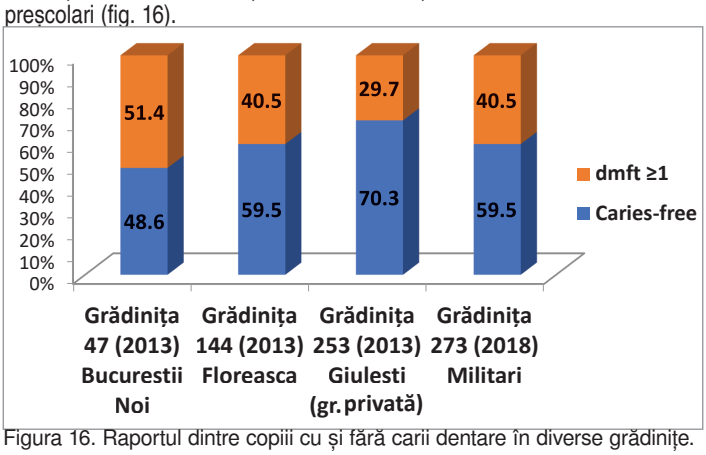


Figura 16. Raportul dintre copiii cu și fără carii dentare în diverse grădinițe.

Influența localizării și a condițiilor socio-economice se face simțită și în ceea ce privește valorile dmft și dmfs. Acestea sunt aproape identice cu cele raportate de Popescu și colab. în urma examinărilor efectuate în aceeași perioadă și se încadrează între valorile găsite în urma examinărilor din 2013 (tab. XI).

TABEL XI. Indicii dmft și dmfs – valori comparative.

		dmft	dmfs
Szilagy *et al.* (2013)	***Întreg lotul***	***5***	***2,38***
	Bucureștii Noi	2,57	4,41
	Floreasca	1,27	1,46
	Giulești (gr. privată)	0,81	1,27
Popescu *et al.* (2017)	?	2,11	3,51
Studiu curent (2018)	Militari	2,14	3,46

În ceea ce privește tratamentele odontale aplicate la nivelul dentiției temporare, se observă o influență redusă a indicelui ft în cadrul dmft, ceea ce denotă prezentarea redusă pentru tratament. Influența locației grădiniței se poate observa și din acest punct de vedere (tab. XII).

TABEL XII. Raportul ft/dmft în diverse grădinițe din Municipiul București.

		ft/dmft (%)
Szilagy (2013)	***Întreg lotul***	***20,3***
	Bucureștii Noi	6,7
	Floreasca	29,9
	Giulești (gr. privată)	27,1
Studiu curent (2018)	Militari	14

În ceea ce privește chestionarele completate de către părinți, este interesant să comparăm două loturi de părinți care au răspuns la același chestionar. Igiena după masa de seară nu este privită cu importanța cuvenită de către părinți, mulți dintre ei declarând două momente în care se realizează igiena orală a copilului, dar nu neapărat seara. Grădinița 273 din cartierul Militari impune spălatul pe dinți după masa de prânz. Din jocul procentelor, rezultă o afectare carioasă similară pentru cele două grădinițe, chiar dacă, conform valorilor prezentate, ne-am aștepta ca preșcolarii din Militari să aibă mai puține carii (tab. XIII).

TABEL XIII. Rezultatele chestionarului – valori comparative.

	Igienă orală de două ori pe zi	Fără igienă după masa de seară	Copil ajutat/verificat la periaj sau spălat de părinți	Dulciuri între mese de mai multe ori pe zi	dmft/dmfs
Popescu *și colab.* (58 chestionare)	38%	53%	54,4%	36,2%	2,11/3,51
Studiul curent (66 chestionare)	45,5%	23%	69,7%	30,3	2,14/3,46

Cunoștințele părinților legate de momentul și locul erupției molarului 1 definitiv sunt limitate. Dacă, în ceea ce privește momentul erupției, aproximativ două treimi dintre părinți se așteaptă ca acest dinte să erupă la 5-6 ani, locul de erupție este cunoscut de foarte puțini (tab. XIV).

TABEL XIV. Cunoștințele părinților despre erupția molarului unu definitiv.

	Momentul corect al erupției molarului 1 definitiv	Locul corect al erupției molarului 1 definitiv
Popescu *și colab.*	66%	5%
Studiul curent	63,6%	12,1%

Concluzii

Dispensarizarea copiilor preșcolari poate reprezenta o adevărată provocare pentru personalul medical stomatologic, fie el public sau privat. Adresabilitatea părinților pentru îngrijirea oro-dentară a copiilor este direct proporțională cu nivelul de cunoștințe, educație, cultură. Timpul și posibilitățile materiale îi împiedică pe părinți deseori să țină sub observație evoluția dinților temporari și dezvoltarea dinților permanenți, a gradului de igienă orală și a predictibilității la boala carioasă. Un factor determinant în vizita celor mici însoțiți de părinți la stomatolog este reprezentat de acuzele dureroase, de cele mai multe ori fiind simptome cauzate de caria dentară, foarte prezentă la vârste reduse din cauza alimentației, a igienei efectuate cu dificultate și a structurilor dentare care sunt deficitare în ceea ce privește apărarea. Scopul cercetării efectuate se referă strict la statistici privind adresabilitatea unui grup de preșcolari și la necesitatea unui consult specializat, dar și a corelării rezultatelor privind cunoștințele părinților privind sănătatea orală a copiilor și realității clinice.

O primă concluzie a studiului constă în prezența cariei la mai mult de 50% dintre subiecții consultați (valoarea indicelui dmft fiind de minim 1), indicele ft reprezintă doar 14% din dmft ceea ce ne arată astfel că nevoia de tratament este reală. Fetele predomină la un indice dmft mic, pe când băieții sunt majoritari privind un indice dmft ridicat (indicele cel mai mare – 13, fiind prezent la un băiat), de aici putând rezulta o aparentă neglijență a părinților băieților, fapt remarcat și de alte studii. Un alt rezultat statistic util a fost rata de răspuns a părinților la chestionarele înmânate în prealabil de către personalul medical cu ajutorul personalului didactic. Astfel, doar două treimi dintre părinți sau tutori au oferit răspunsuri la întrebări privind cunoștințele apariției primilor dinți permanenți (două treimi dintre aceștia cunoscând momentul apariției, dar doar 12% cunoscând și locul), alimentația cu dulciuri (majoritatea copiilor consumând o dată pe zi – 51,5%) și a mijloacelor de profilaxie folosite (63% dintre copii folosesc paste de dinți dedicate lor și același procent folosind periuțe manuale). La întrebarea privind momentul în care părinții se adresează în numele celor mici personalului medical pentru tratament stomatologic, s-a observat că aproximativ o treime dintre copii vizitează cabinetul stomatologic regulat, în vederea consultației de rutină, iar restul doar în cazul prezenței simptomatologiei dureroase sau deloc. Comparativ cu literatura de specialitate internațională, din punctul de vedere al prevalenței cariei, rezultatele obținute sunt la același nivel cu, spre exemplu, cele din Hong Kong-ul anilor 1990. Această valoare depășește și media altor studii regionale privind aceeași problemă. Procentul copiilor indemni la carie se încadrează atât în media internațională, cât și în cea locală, dar se pot observa diferențe corespunzătoare poziționării grădinițelor bucureștene. O surpriză a statisticii pe plan local este dată de faptul că, la o grădiniță la care igiena orală efectuată după masa de prânz a fost impusă ca fiind obligatorie, nu se observă valori mai scăzute ale prevalenței cariei dentare. Acest rezultat poate fi explicat prin faptul că o proporție importantă din numărul părinților chestionați, deși susțin că periajul dentar se efectuează de 2 ori pe zi, nu consideră că cel de seara este neapărat de o importanță majoră. Având în vedere toate cele discutate, putem afirma că, în continuare, se conturează o uniformizare a cunoștințelor părinților, acestea nefiind complete și corecte, ceea ce conduce la rezultate statistice neconcordante cu o societate în plin progres. Aceste rezultate reprezintă un argument foarte important pentru necesitatea instituirii manevrelor de profilaxie, împreună cu un plan de tratament adecvat și individualizat fiecărui caz clinic.

Bibliografie

1. Chu, Chun-Hung & S H Fung, D & Lo, Edward. (2000). Dental caries status of preschool children in Hong Kong. British dental journal. 187. 616-20; discussion 605. 10.1038/sj.bdj.4800347a.
2. Ferro R1, Besostri A, Meneghetti B. Dental caries experience in preschool children in Veneto region (Italy). Community Dent Health. 2006 Jun;23(2):91-4.
3. Iida H1, Auinger P, Billings RJ, Weitzman M. Association between infant breastfeeding and early childhood caries in the United States. Pediatrics. 2007 Oct;120(4):e944-52.
4. Hallett KB1, O'Rourke PK. Social and behavioral determinants of early childhood caries. Aust Dent J. 2003 Mar;48(1):27-33.
5. Rajab LD1, Hamdan MA. Early childhood caries and risk factors in Jordan. Community Dent Health. 2002 Dec;19(4):224-9.
6. Slabsinskiene E1, Milciuviene S, Narbutaite J, Vasiliauskiene I, Andruskeviciene V, Bendoraitiene EA, Saldūnaite K. Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. Medicina (Kaunas). 2010;46(2):135-41.
7. Mazhari, Fatemeh & Talebi, Maryam & Musa, Zoghi. (2007). Prevalence of Early Childhood Caries and its Risk Factors in 6-60 months old Children in Quchan. Dental Research Journal. 4.
8. A Al-Mutawa, S & Shyama, Maddi & Al-Duwairi, Y & Soparkar, Pramod. (2010). Dental caries experience of Kuwaiti kindergarten schoolchildren. Community dental health. 27. 213-7.
9. Wyne AH1. Caries prevalence, severity, and pattern in preschool children. J Contemp Dent Pract. 2008 Mar 1;9(3):24-31.
10. Nematollahi, Hosein and Mehrabkhani, Maryam and Esmaily, Habib-Ollah. Dental Caries Experience and its Relationship to Socio-Economic Factors in 2-6 Year-Old Kindergarten Children in Birjand – Iran in 2007. Journal of Mashhad Dental School, 32 (4). pp. 325-332.
11. Munteanu A, Luca R, Farcasiu C, Stanciu I. Caries experience in children with severe early childhood caries. Rom J Oral Rehabil. 2011;3(4):72–6.
12. Luca R, Munteanu A, Farcasiu C. Severe early childhood caries in a group of preschool children over a two-year period, OHDMBSC, 2008, 7(3):9-13.

:DENTEX
produse stomatologice

15 ANI

HELIOS PRO

Cuptor de ardere pentru toate tipurile de ceramică, proiectat să implementeze noile soluții tehnologice ce garantează rezultate sigure de fiecare dată.

Roko

2.900€

PINAX PRO

Sistem dual, simplu, rapid și precis, cu ghidaj laser, de realizare a modelului cu bonturi mobilizabile prin tehnica Giroform sau tehnica convențională.

Roko

1.340€

MULTIPRESS ECO

Aparatul de injectat Multipress ECO se deosebește prin calitatea perfectă și construcția fiabilă și solidă. Procesul de injecție este complet automatizat. Munca tehnicianului este limitată la pregătirea lucrărilor în ceară, ambalare în chiuvetă și spălarea tiparului. Aparatul controlează procesul de topire și injectare și semnalizează etapele specifice ale procesului.

Roko

Prețurile includ TVA!

BONUS: 1 KIT MULTIPRESS STARTER SET ÎN VALOARE DE 200€

1.900€

www.dentex.ro, suport: e-mail: marius@dentex.ro
www.facebook.com/laboratordentex

CHRIS
tehnodent

Laboratorul calitatii 25 de ani de practica privata

Proteze flexibile realizate cu echipamente si materiale de ultima generatie

Proteze 4C

PEEK

VALPLAST
Original

Proiectarea si executia lucrarilor asistata de calculator (CAD-CAM)

Suprastructuri pe implanturi
Proteze scheletate cu sisteme speciale
e.max
Ceramica pe zirconiu
Zirconiu integral
Aparate ortodontice
Gutiere SCHEU

Strada Paraschiva Gherghel nr.4
Sector 1, Bucuresti
Tel: 021.225.16.61; Tel/Fax: 021.224.45.36
Mobil: 0722.29.55.35, 0766.21.17.84
e.mail:chris_tehnodent@yahoo.com
www.christehnodent.ro, www.protezeflexibile.ro

HeraCeram® Saphir

Lasă-ţi talentul să strălucească

HeraCeram® Saphir

Avantajele dumneavoastră dintr-o privire

- **Noua tehnologie de intensificare a luminii "Light Booster":** Aspect autentic şi opalescenţă naturală pe structuri metalice
- **Opac pasta - incredibil:** Putere de mascare în straturi extrem de subţiri de 60 - 100 µm
- **Structura de leucite stabilă (SLS):** Previne creşterea necontrolata a CTE, înlăturând "chipping-ul"
- **Absolut perfect:** Stratificare facilă şi un nivel superior al esteticii pentru lucrările de zi cu zi

ALLIGATOR

integral în tehnica dentară

Lacul Tei 1BIS, sect. 2, Bucharest - România
+4 021 323 58 39 / +4 021 321 21 29
office@alligator-dent.ro www.alligator-dent.ro
/ Alligator / Alligator

IPS e.max®

ZirCAD

Prime

Redefinind ceramicile integrale - prezentăm Gradient Technology:
Estetică exclusivistă şi 1200 Mpa pentru toate indicațiile*

All ceramic, all you need.

zircadprime.ipsemax.com

*de la coroane uni-dentare la punți de 14 elemente

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

www.ivoclarvivadent.com
Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | 9494 Schaan | Liechtenstein | Tel. +423 235 35 35 | Fax +423 235 33 60